

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1883

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 10 Février 1883

Par Louis-François BRUNET

Né à Phalempin (Nord), le 23 Mai 1837

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL SAINTE-EUGENIE DE LILLE.

DU TRAITEMENT

DE LA CHUTE DE LA MATRICE

PAR LE CLOISONNEMENT DU VAGIN

(Procédé de M. le Professeur LÉON LE FORT).

Président de la thèse : M. LÉON LE FORT, Professeur.

MM. PROUST, Professeur-suppléant.

Juges :

" BOULLY,

" RAYMOND,

} Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

LILLE

IMPRIMERIE CAMILLE ROBBE

Rue Léon Gambetta, 209

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1883

N° 408

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 10 Février 1883

Par Louis-François BRUNET

Né à Phalempin (Nord), le 23 Mai 1837

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE DE LILLE.

DU TRAITEMENT
DE LA CHUTE DE LA MATRICE
PAR LE CLOISONNEMENT DU VAGIN

(Procédé de M. le Professeur LÉON LE FORT).

Président de la thèse : M. LÉON LE FORT, Professeur.

Juges : { MM. PROUST, Professeur-suppléant.
" BOUILLY, } Agrégés.
" RAYMOND, }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

LILLE

IMPRIMERIE CAMILLE ROBBE

Rue Léon Gambetta, 209

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générale	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD.
	PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON.
	DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
	SÉE (G.)
Clinique médicale	LASÈGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ ET VULPIAN.

Professeurs honoraires : MM. le baron J. CLOQUET ET DUMAS.

Agréés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
CHARPENTIER.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DEBOVE.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
DIEULAFOY.	JOFFROY.	RAYMOND.	
FARABEUF.	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Chef des travaux anatomiques FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE DOYEN
ET A MM. LES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ LIBRE
DE LILLE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. le Professeur LÉON LE FORT

AVANT - PROPOS

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier l'opération proposée par M. le Professeur Léon Lefort pour remédier au prolapsus complet de l'utérus, et qui consiste dans le cloisonnement antéro-postérieur du vagin.

Nous en devons l'idée à la fortune, certainement peu commune, que nous avons eue de voir, durant nos études médicales, pratiquer assez souvent cette opération à l'hôpital Ste-Eugénie de Lille par nos maîtres, MM. les Professeurs Faucon et Eustache.

Nous lui donnons pour base les observations dont nous avons été témoin et celles qui ont été publiées, par différents auteurs, dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie* et dans diverses *Revue Médicales*.

Notre tâche se trouvant singulièrement facilitée par les quelques travaux qui ont été faits sur l'opération qui va nous occuper, et surtout par les discussions intéressantes que la plupart des observations, que nous rapportons, ont soulevé au sein de la Société de chirurgie, nous espérons pouvoir démontrer que le cloisonnement artificiel du vagin mérite toute la confiance des chirurgiens qui, pour des raisons variables, peuvent être amenés à demander à une intervention opératoire la cure d'un prolapsus complet de la matrice.

Voici, d'ailleurs, comment nous diviserons notre travail : nous passerons d'abord en revue les diverses opérations

qui, antérieurement au cloisonnement du vagin, ont été imaginées pour remédier au prolapsus complet de la matrice, et nous examinerons les reproches dont ils sont tous passibles.

Nous dirons ensuite en quoi consiste l'opération proposée par M. le Professeur Lefort, quels sont les travaux ou les communications dont elle a fait jusqu'ici l'objet, et nous l'examinerons au point de vue de son efficacité, de sa facilité d'exécution, de son peu de danger, et du peu d'inconvénients qu'elle présente dans ses conséquences.

Diverses modifications ayant été proposées au manuel opératoire primitif de l'opération du cloisonnement du vagin, nous les discuterons, et, en nous appuyant sur les diverses observations que nous rapportons, nous rechercherons quelle est leur importance et leur nécessité.

Puis, dans un chapitre suivant, nous énumérerons un certain nombre de précautions qu'il sera bon de prendre lorsqu'on voudra pratiquer l'opération de M. Lefort, si l'on veut s'assurer le plus grand nombre possible de chances de succès.

Et, enfin, après avoir discuté les indications et les contre-indications du cloisonnement du vagin et rapporté les observations sur lesquelles nous nous serons appuyés dans notre étude, nous résumerons dans quelques conclusions les principales idées de cette thèse.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous devons remercier notre cher maître, M. le Professeur Faucon, de l'extrême bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et des excellents conseils qu'il nous a prodigués, non seulement pendant la rédaction de ce travail, mais pendant tout le cours de nos études médicales : c'est un devoir de reconnaissance que nous sommes heureux de remplir.

Nous devons aussi tous nos remerciements à M. le Professeur Eustache, qui nous a fourni tant de précieux renseignements.

Enfin, nous présentons à M. le Professeur Léon Lefort, de la Faculté de Paris, l'hommage respectueux de notre gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée en acceptant la présidence de cette thèse, et en nous donnant, pour sa rédaction, quelques excellents conseils.

DU TRAITEMENT
DE LA
CHUTE DE LA MATRICE

PAR LE CLOISONNEMENT DU VAGIN

(Procédé de M. le Professeur LÉON LEFORT).

CHAPITRE PREMIER

Des diverses opérations proposées antérieurement au cloisonnement du vagin pour remédier au prolapsus de l'utérus. — Leurs desiderata.

Bien que, dans un grand nombre de cas, il soit possible, à l'aide de pessaires, d'hystérophores ou de pelotes périméales de remédier à des chutes plus ou moins prononcées de l'utérus, il n'en est pas moins vrai que ces appareils sont souvent insuffisants, surtout dans le cas de prolapsus complet. Il est certain aussi que, dans les cas où ces appareils réussissent à maintenir l'utérus à l'intérieur de la cavité vaginale, l'irritation, les sécrétions pathologiques ou les altérations de tissu que leur présence détermine, les compressions qu'ils exercent sur les organes environnants, les soins de toute espèce que leur introduction ou leur entretien nécessitent, la difficulté de leur application par les malades elles-mêmes, que tout enfin contribue à les rendre intolérables à bien des femmes.

Aussi, les chirurgiens ont-ils été amenés à imaginer des opérations pouvant, sinon procurer la cure radicale du prolapsus, c'est-à-dire replacer l'utérus et le retenir dans sa situation normale, du moins le maintenir dans l'intérieur du vagin, de façon que le col n'apparaisse plus à la vulve, et surtout ne la dépasse plus. C'est en 1823 que Romain Gérardin a le premier proposé et tenté de remédier ainsi, par une opération chirurgicale au prolapsus de la matrice. Depuis lors, un nombre considérable d'opérations portant les unes sur l'utérus, les autres sur les organes qu'il doit traverser pour apparaître hors de la vulve, ont été proposées dans ce but : dans les premières, on recherche la diminution du poids de l'utérus, dans les secondes, l'obturation ou seulement le rétrécissement des organes sur lesquels on les pratique.

Notre intention ne saurait être de décrire ici chacune de ces nombreuses opérations, et d'en discuter en détail la valeur au point de vue du traitement de la chute de la matrice ; nous devons nous borner à ne mentionner que les principales d'entre elles, c'est-à-dire les plus usuelles et les plus pratiques, et à reproduire les reproches qui leur ont été faits.

Les opérations qu'on a appliquées à l'utérus, pour remédier à son prolapsus, sont les amputations sus et sous-vaginales de son col, lorsque celui-ci est hypertrophié : elles ne sont indiquées que dans ce cas particulier et sont d'ailleurs insuffisantes pour guérir le prolapsus vrai d'une façon définitive. Il peut se faire qu'à la suite de l'amputation du col hypertrophié, l'utérus en prolapsus rentre et se maintienne quelque temps dans le vagin, mais toujours il finit par sortir de nouveau,

comme d'ailleurs le fait s'est produit dans l'une des observations que nous rapportons. Dans les cas où l'amputation du col a suffi pour guérir définitivement un prolapsus utérin, il n'y avait évidemment qu'une fausse chute de matrice, autrement dit, un allongement hypertrophique du col sans prolapsus.

Parmi les opérations par lesquelles on a recherché soit l'obturation complète, soit le rétrécissement des organes que doit traverser l'utérus pour faire issue au dehors, il en est un grand nombre qui ont été abandonnées depuis longtemps, soit parce qu'elles étaient toujours insuffisantes, soit parce que des procédés nouveaux et sur lesquels nous nous arrêterons plus loin, permettaient mieux de remplir les indications qu'on voulait atteindre en les pratiquant. De ce nombre sont les opérations qui consistaient à détruire plus ou moins profondément, soit par les caustiques, soit par l'étranglement ou l'instrument tranchant, une partie de la paroi du vagin ou de la circonférence de la vulve, et à rétrécir ces organes par la cicatrisation de la plaie. Elles avaient été imaginées par R. Gérardin, Laugier, Bellini, Desgranges, Marschall-Hall et autres.

Poursuivant les mêmes indications que les précédentes, mais par de bien meilleurs moyens, sont les opérations proposées par Jobert, Sims et Emmet, Fricke, Baker-Brown, Küchler, Th. Anger, Simon, et les divers procédés de Périnéorrhaphie.

Opération de Jobert. — Elle fut pratiquée plusieurs fois par son auteur sur des femmes atteintes de prolapsus avec cystocèle. Jobert pratiquait sur la paroi antérieure du vagin, mais à 4 centimètres environ l'un de l'autre, et en

laissant entre eux une portion du vagin non avivée, deux avivements transversaux ; puis il affrontait les deux surfaces avivées et les réunissait par une suture. Il formait ainsi un pli permanent qui, non seulement rétrécissait d'autant le vagin, mais soutenait la paroi antérieure et s'opposait à sa chute et à sa sortie hors de la vulve ; il empêchait ainsi la production de la cystocèle qui, d'ordinaire, précède et souvent provoque le prolapsus.

Quoique son auteur affirme lui devoir deux succès, au moins momentanés, dans les deux cas où il l'a pratiquée, cette opération n'a pas trouvé grand crédit, car elle ne paraît pas avoir été répétée par les successeurs de Jobert.

Opération de Sims. — Elle poursuit le même but que la précédente, c'est-à-dire qu'elle s'applique aussi aux cas de prolapsus avec cystocèle, et, comme elle, porte sur la paroi antérieure du vagin. Après les perfectionnements dont elle a été l'objet de la part de Sims lui-même et d'Emmet, voici définitivement en quoi elle consiste : on pratique sur la paroi antérieure du vagin un avivement en forme de V, dont la pointe est placée près du méat urinaire, et dont l'ouverture des branches, située près du col, est fermée par un avivement transversal ; on a donc une surface avivée en forme de triangle ou encore de truelle. Les avivements latéraux sont suturés l'un à l'autre et la moitié droite de l'avivement transversal suturée à sa moitié gauche.

A cette opération sont dus des succès durables, on pourrait presque dire des guérisons radicales. L'observation la plus probante en sa faveur est peut-être celle qui a été communiquée par M. le professeur Panas à la Société de chirurgie (10 mars 1875). Il s'agissait d'une femme

atteinte depuis cinq ans d'un prolapsus complet que les moyens ordinaires n'avaient pu contenir. L'opération de Sims fut pratiquée avec le plus complet succès, et cinq ans après, M. Panas pouvait affirmer la persistance de la guérison, bien que l'opération ait été suivie, à un an d'intervalle, de grossesse et d'accouchement.

D'autre part, Sims assure n'avoir jamais vu son opération suivie d'accidents sérieux : elle est donc efficace et sans danger, et le fait de M. Panas témoigne suffisamment qu'elle n'entrave pas les fonctions du conduit vaginal.

Malheureusement, elle est passible du très grave reproche d'être d'une exécution longue et très difficile. On ne peut opérer qu'après la réduction du prolapsus, c'est-à-dire dans l'intérieur du vagin, et le passage des sutures dans la partie horizontale de l'avivement présente les plus grandes difficultés. C'est, du moins, l'avis de divers chirurgiens qui ont pratiqué l'opération de Sims, et c'est, en particulier, celui de MM. les professeurs Trélat et Panas, qui ont trouvé l'exécution de cette opération assez difficile pour renoncer à la pratiquer, telle qu'elle a été proposée par Sims. C'est ainsi que M. Panas, comme on peut le voir dans une observation communiquée à la Société de chirurgie (1), a essayé de la pratiquer en supprimant la partie transversale de l'avivement. Le résultat incomplet qu'il obtint nous paraît de nature à faire craindre que les diverses simplifications qu'on pourra apporter au procédé primitif de Sims, n'en compromettent l'efficacité.

Opération de Fricke. — C'est la première qui ait été

(1) 10 mars 1875.

proposée dans le but de réunir, par la suture, une certaine étendue des bords de l'orifice vulvaire et de maintenir ainsi la réduction de l'utérus procident. Elle consiste à aviver les deux tiers postérieurs de la face interne des grandes lèvres par l'excision d'un lambeau en forme de V, dont la pointe se trouve au niveau de la fourchette, et ensuite à affronter les parties saignantes par quelques points de suture entrecoupés.

On ne saurait reprocher à cette opération d'être longue, ou difficile ou dangereuse. Elle mérite d'autres reproches : elle est toujours insuffisante, fait très bien reconnu par M. Desprès, qu'elle compte parmi ses principaux défenseurs, et qui, après l'avoir pratiquée, impose toujours à ses opérées le port d'une pelote périnéale.

De plus, pour être exécutée avec quelque chance de succès, elle doit intéresser une trop grande étendue de la vulve pour ne pas apporter de graves entraves aux fonctions du vagin, et elle n'est, par suite, applicable qu'aux femmes très âgées.

Opération de Baker-Brown. — Au lieu d'agir seulement sur la face interne des grandes lèvres, comme le propose Fricke, Baker-Brown fait porter l'avivement jusque sur la fourchette et les parties voisines du périnée. Il enlève ainsi sur la portion postérieure de la vulve un lambeau en fer à cheval et réunit les parties avivées par une suture profonde enchevillée et par des points de suture entrecoupés rapprochant les parties superficielles.

Comme on le voit, Baker-Brown fortifie le périnée, ce que ne fait pas Fricke. Or, comme ce n'est pas de ce côté, mais à la partie antérieure de la vulve qu'est le danger,

la modification apportée au procédé de Fricke ne nous paraît pas avoir une grande valeur, et nous ferons à cette nouvelle opération les mêmes reproches qu'à la précédente.

Opérations de Küchler et de Th. Anger. — Küchler avive et suture la face interne des grandes lèvres et de la partie voisine du vagin, et fait remonter l'avivement et la suture jusqu'au niveau de l'urèthre. Le procédé de M. Th. Anger est analogue : il n'en diffère que parce que l'opération ne porte que sur l'orifice du vagin et respecte complètement la face interne des grandes lèvres.

Ces deux opérations, qui ne sont autre chose qu'une obturation presque complète de l'orifice inférieur du vagin, auraient, paraît-il, quelque chance d'efficacité, puisque M. Th. Anger a pu suivre une malade opérée par son procédé et constater la permanence de la guérison après dix-huit mois. Nous les considérerons donc comme efficaces, mais nous ne leur ferons pas moins le grave reproche de rendre l'écoulement des liquides vaginaux et utérins difficile, le coït impossible, et de n'être, par conséquent, applicable qu'aux femmes très âgées.

Opération de Simon. — Ici, on enlève de la paroi postérieure du vagin un large triangle, dont la base répond à la fourchette, faisant ainsi porter la perte de substance à la fois sur le vagin et la vulve et même sur le périnée : puis on réunit par la suture les bords de ce large avivement.

Cette opération est facile, mais son efficacité n'est pas démontrée ; elle est d'ailleurs dangereuse : on est obligé, pour la pratiquer, d'intéresser des vaisseaux volumineux ;

il se produit souvent une hémorrhagie abondante, et dans un cas, il y a eu mort par infection purulente.

Périnéorrhaphies. — Il est assez fréquent de rencontrer des malades atteintes en même temps de prolapsus de l'utérus et de déchirure plus ou moins complète du périnée. Les mêmes causes président souvent à la production de ces deux affections, et il n'est pas douteux qu'une déchirure du périnée, résultant d'une première parturition, ne favorise la production d'un prolapsus reconnaissant pour cause de nombreux accouchements consécutifs.

Quoiqu'il en soit, d'ailleurs, des causes de cette double affection, des chirurgiens se sont demandé si la restauration du périnée ne suffirait pas pour y remédier d'une façon suffisante, et l'on connaît le très brillant résultat que, dans un cas, M. le professeur Richet a pu retirer d'une semblable intervention. Il s'agissait d'une femme chez laquelle le rectum, l'utérus, le vagin et la vessie faisaient procidence à travers la vulve agrandie par une déchirure complète du périnée.

Nous ne croyons pas qu'on pourra toujours, en imitant M. le professeur Richet, obtenir des résultats aussi heureux; on ne les obtiendra que dans les cas où tous les organes du petit bassin feront procidence en masse sans s'être, pour ainsi dire, mobilisés les uns sur les autres. Dans les cas de déchirure complète, où cette mobilisation l'un sur l'autre des divers organes se sera produite, la simple reconstitution du périnée ne saurait empêcher l'utérus de se présenter à la vulve et de la franchir plus ou moins rapidement. Il en sera de même dans les cas de déchirure incomplète, et il faudra alors, pour maintenir le

prolapsus de la matrice, recourir à une autre intervention chirurgicale, dont la périnéorrhaphie ne sera qu'une addition quelquefois nécessaire et toujours utile.

En résumé, de toutes les opérations que nous venons de passer en revue, il n'en est aucune qui soit réellement satisfaisante : Il en est qui sont inefficaces ou d'une exécution très difficile ; d'autres sont dangeureuses ou applicables seulement à certains cas.

CHAPITRE II.

Procédé de M. le Professeur Lefort. — Circonstances dans lesquelles il a été imaginé. — Communications et travaux dont il a été l'objet.

En 1876, une femme âgée de 48 ans et atteinte depuis six mois d'un prolapsus complet de la matrice, se présentait à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le professeur Lefort, demandant à être débarrassée de son infirmité, et préférant une opération quelle qu'elle puisse être, à la nécessité de porter un bandage quelconque. Peu partisan des opérations précédemment proposées, dont il connaissait l'inefficacité, les dangers et les inconvénients, M. Lefort conçut, en examinant attentivement le mécanisme suivant lequel le prolapsus se produisait chez sa malade, l'idée de l'opération qui nous occupe.

« Chez ma malade, dit M. le professeur Lefort, comme chez presque toutes celles qui sont dans le même cas, l'utérus ne sort pas le premier à la vulve et ce n'est pas lui qui entraîne la paroi antérieure, puis la paroi postérieure du vagin. En général, ce qu'on remarque d'abord c'est une cystocèle, c'est l'issue hors de la vulve de la paroi antérieure du vagin, issue de plus en plus notable, et c'est comme entraîné par le prolapsus de la cloison vésico-vaginale que l'utérus finit par arriver à la vulve et hors de la vulve. Ce qui sort d'abord, c'est la partie de la cloison vaginale la plus rapprochée de la vulve, le reste sort comme par une sorte de déplissement, et le même effet se produit sur la paroi postérieure, dont la muqueuse

glisse sur la muqueuse rectale qui conserve sa position. Au fur et à mesure que l'utérus descend, les portions de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du vagin, qui sont en contact lorsque l'utérus est dans sa position normale, s'écartent de plus en plus l'une de l'autre, à mesure que ces parois font issue hors de la vulve, pour laisser passer les parties plus profondes du vagin et finalement l'utérus. Evidemment, si l'on pouvait retenir en rapport ces parois opposées, les empêcher de se porter l'une en avant, l'autre en arrière, on s'opposerait au prolapsus. C'est ce que j'ai cherché à faire, et j'ai voulu rendre ce contact non plus médiat, mais intime et permanent en avivant au même niveau les parois antérieure et postérieure du vagin et en les réunissant par la suture.»

Suturer ainsi sur une certaine hauteur les parois vaginales antérieure et postérieure, c'était cloisonner le vagin; pour y parvenir, M. Lefort employa le manuel opératoire suivant:

« L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, je fis d'abord sur la paroi antérieure, puis sur la paroi postérieure du vagin, deux avivements de six centimètres environ de longueur sur deux de largeur, portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve; cela fait, je réduisis l'utérus assez pour mettre en rapport les extrémités de ces deux surfaces d'avivement dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus, et j'appliquai sur ce bord transversal trois points de suture; puis de proche en proche et réduisant au fur et à mesure l'utérus, je suturai les bords latéraux correspondants, passant le fil de la plaie faite à la paroi vésico-vaginale à la plaie vagino-rectale. La réduction de

l'utérus devenait ainsi de plus en plus complète, et quand les deux bords des deux surfaces avivées furent suturés, la réduction était complète. On comprend toutefois que, dans ce procédé comme dans celui de Sims et de M. Panas, les fils ayant servi à la suture sont difficilement accessibles, lorsqu'après quelques jours la réunion s'est effectuée. Prévoyant cela, je laissai aux fils une assez grande longueur dans leur partie tordue, afin de les saisir facilement lorsqu'ils seraient devenus libres par la section des parties embrassées par leur anse. »

Cette opération fut pratiquée en décembre 1876 ; elle eut les suites les plus heureuses : la guérison se fit sans aucun accident ; il n'y eut même pas de fièvre traumatique. Le résultat fut complet, l'utérus était parfaitement maintenu et lorsqu'après avoir fait accroupir la malade, on la faisait tousser ou faire des efforts, rien ne paraissait avoir de la tendance à sortir de la vulve, il n'y avait même pas de refoulement appréciable.

Dans la séance du 17 février 1877, M. Lefort fit connaître à la Société de chirurgie l'opération qu'il avait imaginée et le succès qu'il en avait obtenu. Depuis lors, divers chirurgiens, que sans doute les anciens procédés ne satisfaisaient pas non plus, ont répété l'opération de M. Lefort, et plusieurs ont fait connaître à la Société de chirurgie les résultats qu'elle leur a donnés. M. Panas, le premier, dans la séance du 19 février 1879, présenta une malade sur laquelle il avait pratiqué avec succès le cloisonnement du vagin pour remédier à un prolapsus complet de l'utérus : c'était une femme, à l'infirmité de laquelle M. Tillaux avait tenté de remédier par une

vulvorrhaphie, et dont le prolapsus, à la suite de cette opération, n'avait été maintenu que pendant six mois.

Le 3 décembre de la même année, le Dr Zancarol, d'Alexandrie, adressait à la Société de chirurgie la relation d'une opération de cloisonnement qu'il avait pratiquée également avec succès: trois ans après, le prolapsus ne s'était pas reproduit et la malade ayant succombé à une affection des voies respiratoires, M. Zancarol, avait pu enlever l'utérus, le vagin et la vulve, qu'il joignait à son observation.

Quelques jours plus tard, M. Hicquet, de Liège, communiquait trois autres observations où le cloisonnement avait été suivi de succès, et, dans la même séance, M. Duplay annonçait également que cette même opération lui avait donné deux succès dans deux cas où il l'avait employée.

Dans la séance du 1^{er} juin 1881, M. Eustache lisait un mémoire sur l'opération de M. le professeur Le Fort, qu'il avait pratiquée cinq fois, et trois fois avec le succès le plus complet: les deux insuccès étaient imputables pour la plus grande part à l'indocilité des malades.

En dehors de ces communications faites à la Société de chirurgie, nous devons signaler un travail de M. Faucon, et qui a été publié dans les *Archives de Tocologie* (mai 1881), et enfin, une note de M. Hue, l'un des internes de M. le professeur Le Fort, note incérée dans les *Annales de Gynécologie* (juillet 1882).

Nous devons nous borner à signaler ici ces communications et ces travaux: nous rapportons plus loin les observations sur lesquelles ils sont basés, et nous nous proposons de discuter, dans les chapitres suivants, les remarques

qu'ils contiennent sur l'opération qui nous occupe, ainsi que les quelques modifications qu'ils proposent d'apporter au manuel opératoire mis en œuvre par M. Le Fort dans sa première opération.

CHAPITRE III.

Examen du procédé de M. Le Fort, au point de vue de son efficacité, de sa facilité d'exécution, de son peu de danger et du peu d'inconvénients qu'il présente par rapport aux fonctions du conduit vagino-utérin.

Dans notre premier chapitre, nous avons examiné les diverses opérations qui ont été proposées antérieurement au cloisonnement du vagin, pour remédier au prolapsus utérin, et nous avons reproduit les reproches qui leur ont été faits d'être inefficaces, dangereuses ou difficiles à exécuter, ou bien de présenter des inconvénients assez sérieux pour les rendre inacceptables à bien des malades.

Nous avons à examiner si l'opération, imaginée par M. Le Fort, ne mérite pas les mêmes reproches, si elle est efficace, facile à exécuter et sans danger, et si, enfin, elle ne présente pas le grave inconvénient de gêner les fonctions du conduit vagino-utérin chez les personnes qui l'ont subie avec succès.

Efficacité. — Lorsque M. le prof. Le Fort fit connaître à la Société de chirurgie le nouveau procédé qu'il avait employé pour remédier à une chute complète de matrice, il fut froidement accueilli, M. Després affirma qu'il était impossible d'obtenir la guérison définitive d'un prolapsus utérin complet par des opérations chirurgicales. M. Verneuil, à son tour, déclara qu'elles étaient habituellement inefficaces, et M. Tillaux, enfin, visant plus directement la communication de M. Le Fort, fit remarquer que le nouveau procédé ne préviendrait probablement pas la récurrence,

puisque'il serait toujours possible à l'un des deux vagins de s'agrandir et de finir par livrer passage à l'utérus. Car enfin, selon lui, la verticalité de la cloison, que M. Le Fort voulait opposer au prolapsus, devait avoir pour conséquence d'opposer au col une arête et non un plan : le col devait donc avoir une tendance à glisser à droite ou à gauche et à s'engager dans un des canons de ce fusil double, de sorte que si l'obstacle ne pouvait être forcé, il pourrait toujours être contourné.

Répondant à tous, M. Le Fort releva l'exagération de ceux qui affirmaient l'impossibilité de la guérison du prolapsus utérin par des opérations chirurgicales, en rappelant que les procédés antérieurs au sien, notamment celui de Sims, avaient donné, à divers chirurgiens français, pour ne parler que de ceux-ci, les meilleurs résultats. A tous les adversaires de l'opération qu'il proposait, il reconnut le droit de douter de la permanence de la guérison chez les malades opérées par son procédé, mais il affirma que l'avenir leur donnerait tort.

Les faits, comme le fit remarquer M. Panas, étaient seuls capables de trancher le débat.

Or, aujourd'hui, ces faits qui doivent juger la question, nous les possédons ; il y a, dans les observations que nous rapportons, de quoi satisfaire les plus difficiles. D'ailleurs, pour la plupart, elles ont été communiquées à la Société de chirurgie, et à la lecture des comptes rendus de cette savante Société, on peut juger des progrès qu'a faits, dans l'esprit des chirurgiens, le procédé de M. Le Fort. Si la première communication relative à ce sujet a été froidement accueillie, les autres l'ont été beaucoup mieux, et au lieu d'affirmer, comme par le passé, que toutes les obser-

vations chirurgicales sont impuissantes à remédier au prolapsus complet de l'utérus, plusieurs se déclarent disposés à tenter celle qu'a proposée M. Le Fort, dès que l'occasion s'en présentera.

Dans la séance du 16 novembre 1881, la dernière où il fut question du procédé qui nous occupe, lorsque M. Guéniot eut donné lecture de son rapport sur le travail de M. Eustache, quelqu'un demanda qu'avant d'affirmer l'efficacité du cloisonnement du vagin pour la cure permanente du prolapsus utérin, on observât les malades traitées par ce procédé pendant 2, 3 et 4 ans. Or, parmi les observations que nous rapportons, il s'en trouve plusieurs qui ont été continuées pendant 2 et 3 ans, et dans lesquelles on peut voir que la guérison du prolapsus s'est maintenue, bien que des femmes aient repris sans précautions, les professions les plus pénibles. Nous renvoyons aux observations VIII, X, XI, XII.

Dans ces mêmes observations, on peut voir que l'engagement du col dans l'un des vagins et sa sortie à la vulve, que craignait M. Tillaux, ne s'est point produit, et même, qu'il n'est signalé nulle part, comme ayant quelque tendance à se présenter.

A côté d'un nombre déjà grand de succès de l'opération qui nous occupe, il y a eu quelques cas d'insuccès ; mais, si l'on veut bien se reporter aux observations qui les concernent, on pourra voir qu'ils n'infirmement pas l'efficacité du procédé. Ils sont dus à l'indocilité des malades, ou à la trop grande parcimonie avec laquelle les avivements ont été faits. D'ailleurs, ne convient-il pas de distinguer entre le cloisonnement qui ne réussit pas comme opération chirurgicale, et le cloisonnement qui,

obtenu, ne contiendrait pas un prolapsus qui se reproduirait, soit en brisant la cloison, soit en la contournant?

Nous concluerons donc que l'efficacité du cloisement du vagin pour remédier à la chute complète de la matrice est réelle.

Facile exécution. — Elle est évidente. Comme M. Le Fort le fait remarquer, tandis que dans les opérations de Sims, d'Emmet ou de M. Panas, dans lesquelles on agit sur la muqueuse vaginale, on opère après la réduction de l'utérus, et par conséquent au fond du vagin, ce qui rend l'opération longue, laborieuse, plus difficile et plus fatigante que l'opération de la fistule vésico-vaginale, dans son procédé tout peut, au contraire, se faire à l'extérieur et avec la plus grande facilité.

D'ailleurs, cette facilité d'exécution du cloisonnement du vagin a été reconnue par tous ceux qui l'ont pratiqué, et, notamment, M. Panas a insisté sur ce point lorsqu'il a présenté, à la Société de chirurgie, sa malade qui l'avait subi avec succès.

Peu de danger. — Efficace et facile à exécuter, l'opération est aussi sans danger, mais à une condition formelle, c'est qu'elle sera pratiquée selon les règles précises formulées par M. Le Fort. Il faut ne faire sur les parois vaginales antérieure et surtout postérieure qu'un avivement très superficiel, et ne pas enlever la totalité de la muqueuse. Il importe de ne pas oublier que le péritoine dans le cul-de-sac vagino-rectal peut descendre, du fait du prolapsus, jusqu'au niveau du périnée entre la paroi postérieure du vagin et le rectum, et qu'alors, en intéressant

toute l'épaisseur de la muqueuse dans l'avivement, on pourrait, pour avoir agi beaucoup trop près de lui ou même l'avoir intéressé dans le passage des sutures, voir le péritoine s'enflammer consécutivement.

Une autre remarque nous paraît importante. Les malades, pendant qu'on les opère, sont habituellement chloroformisés, et, par suite, exposés à avoir des vomissements pendant l'opération. Or, dans un accès de vomissements n'est-il pas à craindre que, dans les cas où la paroi vaginale postérieure est complètement séparée du rectum et toute l'épaisseur de la muqueuse intéressée dans l'avivement, les intestins venant pousser sur les parois vaginales et les distendre, celles-ci, la postérieure au moins, ne se rompent dans un de ces accès.

A cette précaution de ne faire qu'un avivement très superficiel, il faut en ajouter une autre sur laquelle M. le professeur Le Fort a verbalement appelé notre attention : c'est de ne faire porter cet avivement que sur les parties les plus rapprochées de la vulve et de l'éloigner autant, que possible, de l'utérus prolabé. Si, en effet, on avive près de l'utérus, c'est-à-dire des culs-de-sac vaginaux, on se rapproche des culs-de-sac péritonéaux, et, dans le cas d'inflammation trop vive, on s'expose à voir le travail inflammatoire se propager au péritoine.

Si l'on veut s'en tenir exactement aux préceptes et aux recommandations formulées par M. Lefort, on n'a pas à craindre tous ces accidents : les diverses observations que nous rapportons et dans lesquelles on peut voir que les suites de l'opération ont été d'une remarquable bénignité, témoignent suffisamment que le procédé est sans danger.

C'est ce qu'affirme aussi M. Faucon : « Quant aux

dangers de l'opération, dit-il, ils sont à peu près nuls, si on la pratique dans un milieu hygiénique convenable. Le voisinage des culs-de-sac péritonéaux et de la vessie ne saurait inquiéter un chirurgien prudent qui manie le bistouri et fait cheminer les aiguilles avec précaution (1).

«Peu d'inconvénients. — Le cloisonnement du vagin, tel qu'il a été proposé, ne présente pas d'inconvénients sérieux au point de vue des fonctions du conduit vagino-utérin. Il ne fait que diviser le vagin en deux parties, et cette division ne porte aucune atteinte à l'exercice de ses fonctions.

M. Le Fort, dans sa thèse d'agrégation de 1863 sur les vices de conformation de l'utérus et du vagin, a démontré que le cloisonnement congénital, même complet, du vagin, gênait à peine l'accouchement et nullement la copulation. Or, comme dans son procédé il n'est nécessaire que de pratiquer un cloisonnement partiel, il ne saurait résulter, de celui-ci, d'inconvénients bien grands. L'écoulement des liquides vagino-utérins ne saurait être empêché; et les faits (voir les observations IV, VIII et XI) démontrent que la copulation ne l'est pas davantage. Que se passerait-il, au moment de l'accouchement, chez une femme cloisonnée et devenue grosse par la suite. Il est évidemment peu probable que la cloison, dans un cas semblable, se laisse distendre ou ne s'arrache pas au moment du passage du fœtus; mais aussi ne pourrait-on pas la sectionner, vers le dernier mois de la grossesse pour que, lorsque l'accouche-

(1) A. Faucon. — *Archives de Tocologie*. Mai 1882.

ment se produirait, le fœtus trouvât le passage absolument libre. Ce serait une petite opération très facile à exécuter et sans danger, qu'on ait recours, pour détruire la cloison, au bistouri, au thermocautère, ou, comme le ferait, en pareil cas, M. Faucon, à la ligature élastique.

C'est, du moins, ce qu'il a été possible de constater dans les quelques cas où on a pu examiner, après la mort, les organes génitaux des femmes qui avaient subi, avec succès, l'opération du cloisonnement du vagin.

Nous renvoyons aux observations III et VIII.

CHAPITRE IV.

Modifications proposées au manuel de M. Le Fort.

Les modifications qui ont été proposées au manuel opératoire de M. le professeur Le Fort, portent sur la largeur à donner à l'avivement et sur les moyens de suture à employer.

I. — *Largeur de l'avivement.*

C'est M. Eustache qui, dans son mémoire lu à la Société de chirurgie, le 1^{er} juin 1881, a proposé de modifier la largeur de la surface d'avivement. Un ou deux centimètres de largeur, que recommande le procédé primitif, lui paraissent franchement insuffisants, et il conseille de doubler cette largeur, c'est-à-dire de la porter à quatre centimètres au moins, de sorte qu'en définitive la surface avivée soit rectangulaire ou même presque carrée. C'est ce qu'il a fait lui-même, chez plusieurs malades, dont l'une avait déjà et par deux fois subi sans succès le cloisonnement du vagin; M. Eustache attribuait les deux succès, pour une bonne part, à l'indocilité remarquable de la malade, mais aussi à la surface d'avivement qu'il croyait trop étroite.

« Cette plus grande largeur d'avivement, fait remarquer M. Eustache, n'a d'autre inconvénient que de prolonger un peu plus l'opération, ce qui est sans difficulté avec l'admi-

nistration du chloroforme. On est sans doute plus exposé à une hémorrhagie en nappe, ou même à l'ouverture ou la section d'une artériole latérale, quand on se rapproche du bulbe du vagin. Mais les pincés à forci-pression, les applications d'eau hémostatique de Léchelle ou de Pagliari, et, au besoin, une ligature au catgut permettent toujours de ne pas craindre cet accident, dont on vient si facilement à bout.

« En compensation, les avantages d'un large avivement sont incontestables. Les surfaces adossées sont plus étendues, les parties embrassées par les fils de suture sont plus épaisses et risquent moins d'être étranglées; elles offrent aussi plus de résistance aux secousses de toux et de vomissement qui manquent rarement après une pareille opération surtout si l'on a recours à l'administration du chloroforme, comme je le conseille. Enfin, quand l'adhésion a eu lieu, les deux vagins latéraux sont plus rétrécis et surtout la cloison médiane est plus épaisse et plus résistante, phénomène essentiel dans tous les cas. »

Evidemment, plus l'avivement aura de largeur, plus facilement aussi la réunion des surfaces avivées et adossées se produira, et plus certainement aussi, si cette réunion se produit, l'utérus sera maintenu : la cloison en sera plus forte, et, d'autre part, les gouttières vaginales en seront plus étroites, et le col de l'utérus aura encore moins de chance de s'y engager et de les traverser. D'où il résulte qu'au point de vue de la cure du prolapsus lui-même, l'avivement devrait être le plus large possible. Seulement, selon nous, il importe que le chirurgien n'oublie pas que bien qu'il veuille remédier à une chute complète de l'utérus, il a aussi à sauvegarder les fonctions du vagin, fonctions

auxquelles un avivement trop large pourrait porter de sérieuses atteintes.

D'ailleurs, est-il absolument nécessaire d'augmenter ainsi cette largeur de l'avivement, et n'est-ce qu'à ce prix qu'on pourra obtenir la guérison des malades atteintes de prolapsus utérin ?

On ne saurait le soutenir, puisque, dans la plupart des cas de cloisonnements pratiqués jusqu'aujourd'hui, un avivement tel que l'a demandé M. Le Fort a suffi le plus souvent.

Nous ne nions pas, sans doute, qu'il ne puisse être utile quelquefois d'adosser les deux parois vaginales sur une étendue plus grande que le recommande le procédé primitif du cloisonnement, mais nous pensons qu'avant de s'y résoudre, il faudra s'assurer qu'il n'y a pas d'inconvénient à le faire.

En résumé, nous admettrons, tout en faisant remarquer que, dans les observations que nous rapportons, un avivement de deux centimètres a suffi le plus souvent, que, dans certains cas, un avivement plus large sera très heureusement pratiqué ; c'est chez les femmes, qui, comme celles sur lesquelles M. Eustache a pratiqué des avivements de quatre à cinq centimètres de largeur, ont le vagin très large et ne sont plus susceptibles d'avoir d'enfants ; car à ce dernier point de vue on ne saurait nier que, s'il faut sectionner la cloison artificielle produite par l'opération, on le fera bien plus facilement et avec bien moins de danger, si elle est étroite que si elle est large.

II. — *Moyens de suture à employer.*

Dans le procédé tel qu'il a été décrit et employé par M. le professeur Le Fort, les sutures doivent être faites

avec des fils d'argent, et les chefs de chacune d'elle, après la torsion, laissés assez longs pour pendre hors de la vulve : on en attend la chute spontanée par ulcération des tissus compris dans leur anse.

M. Eustache, dans son mémoire, expose que cette manière de procéder et d'attendre la chute spontanée des sutures par ulcération des tissus n'est pas sans inconvénients, et il en signale quelques-uns parmi ceux qu'il a pu observer :

« La longue durée du séjour des fils métalliques dans le vagin expose à des inflammations de ce conduit, à des sécrétions âcres et irritantes, qui, pénétrant par capillarité dans la ligne de réunion, peuvent empêcher l'adhésion cicatricielle, sinon en totalité, du moins en partie.

» La présence des fils est également nuisible pour les parties conservées : l'ulcération, qui doit leur donner la liberté, compromet la résistance de la cloison, risque de la détruire par place en la transformant en une série de points successifs, sans compter que le processus ulcératif peut aboutir à l'inflammation et la suppuration de la cloison, et entraîner ainsi un insuccès plus ou moins complet. »

Pour éviter ces inconvénients, on ne saurait songer à établir comme règle qu'il faut pratiquer, au bout de cinq à six jours, comme on le fait pour les points de sutures placés superficiellement, l'ablation des fils, en allant sectionner l'un des côtés de l'anse près de son point d'application. Cette manœuvre est très difficile, surtout pour les fils supérieurs voisins du col ; les divers chirurgiens qui l'ont essayée ont éprouvé les plus sérieuses difficultés et ont dû y renoncer. D'ailleurs, n'est-il pas peu

prudent de la tenter, et, dans les tentatives faites pour découvrir les fils profonds, ne risque-t-on pas d'amener la rupture des parties soudées et de compromettre le succès de l'opération ?

C'est pour ces raisons que M. Eustache, après son insuccès de 1878 (observation IX), insuccès qu'il attribuait à l'indocilité de sa malade et aussi aux diverses particularités dont il vient d'être question, résolut de substituer aux sutures métalliques les sutures de catgut, dont il faisait depuis plusieurs années un assez large emploi dans les opérations les plus diverses, et dont il avait toujours obtenu les meilleurs résultats. — Ce n'est qu'en novembre 1880 (observation X) qu'il put donner suite à cette idée.

Dans l'intervalle, les mêmes réflexions étaient venues à l'esprit de M. le professeur Panas. — Ce savant chirurgien, dans la séance du 10 décembre 1879, en faisant un rapport sur l'observation du D^r Zancarol, et se rappelant la difficulté qu'il avait éprouvée lui même pour l'ablation des sutures, difficulté d'ailleurs signalée par M. Zancarol dans son observation, proposait de substituer la suture au catgut à la suture métallique. « La première, disait-il, est aussi facile à pratiquer que la seconde, et elle a sur elle l'avantage de pouvoir être abandonnée dans les parties où les fils se résorbent.

Dans cette même séance, M. le professeur Le Fort, reconnaissant aussi la difficulté de l'ablation des sutures, acceptait la modification proposée par M. Panas, disant, toutefois, qu'il préférerait au catgut les fils de soie ou de chanvre. Ce dernier avis fut partagé par M. le professeur Trélat.

Aujourd'hui, ces différents moyens de suture ont été

employés, et on a obtenu les meilleurs résultats, soit avec le catgut, soit avec le fil de soie ; nous rapportons, en effet, trois observations, dans lesquelles on peut voir que M. Eustache s'est très heureusement servi du catgut phéniqué, et une autre où M. le professeur Le Fort a employé avec avantage le fil de soie (voir observations X et suivantes).

Nous ferons, au sujet de cette seconde modification proposée au manuel opératoire primitif, une remarque analogue à celle que nous avons faite au sujet de l'élargissement de la surface d'avivement, et nous ferons observer que nous rapportons beaucoup d'exemples de succès complets et qui ont été obtenus à l'aide de sutures en fil d'argent.

Il ne faut d'ailleurs pas exagérer les inconvénients des sutures au fil métallique. Quelques soins de propreté, quelques injections vaginales, ont facilement raison des sécrétions, le plus souvent légères, que provoque la présence des fils. Quant à l'ulcération de la cicatrice qui unit l'une à l'autre la paroi vaginale antérieure et la postérieure, ulcération qui pourrait avoir pour cause la trop longue présence des fils à suture abandonnés à eux-mêmes, nous ne saurions oublier qu'elle ne s'est pas produite dans la plupart des cas.

Nous sommes loin, évidemment, de nier les avantages des sutures au catgut ou au fil de soie, qui se résorbent sur place et dont on n'a plus à s'occuper dès qu'elles sont appliquées, et bien que ne condamnant pas l'usage des fils d'argent dans le cloisonnement du vagin, nous croyons très heureuses les modifications qui ont été proposées dans les moyens de suture à employer dans cette opération.

CHAPITRE V.

Quelques remarques au sujet de l'opération du cloisonnement du vagin.

Nous nous proposons, dans ce chapitre, de donner quelques détails sur l'opération du cloisonnement du vagin, détails qui n'auraient su trouver leur place à côté du manuel opératoire indiqué dans le chapitre II. Ils seront relatifs aux divers soins qu'il convient de prendre avant, pendant et après l'opération, si l'on veut s'assurer le plus grand nombre possible de chances de succès.

I. — *Avant l'opération.*

M. Faucon, dans le mémoire que nous avons déjà cité (1), après avoir rappelé que, s'il existe des cas de prolapsus simple, il en est d'autres qui sont accompagnés d'hypertrophie de l'utérus, et tout particulièrement de son col, s'est demandé si cette complication n'était pas pour le chirurgien qui se dispose à cloisonner le vagin, la source de quelques indications.

« Indépendamment, dit-il, de l'élongation hypertrophique, j'ai observé que, dans les cas de prolapsus complet, le col utérin peut avoir notablement augmenté dans ses diamètres transversal et antéro-postérieur, ce qui se constate *de visu*, et que la portion sus-vaginale

(1) *Archives de Tocologie*, Mai 1881.

» peut aussi s'être anormalement développée, ce qui se
» reconnaît, à la fois, par le toucher et par l'hystérométrie.

» Ce fait établi, que convient-il de faire dans ces derniers cas?

» Faut-il se borner à opérer, dans l'espoir que la réintégration de l'utérus dans sa situation normale, et un repos dans le décubitus dorsal pendant quelques semaines, aidé d'un traitement approprié, feront disparaître cette augmentation de volume?

» Ne convient-il pas, au contraire, de diminuer le volume de l'organe préalablement à sa réduction et à sa contention définitive? »

C'est à ce dernier avis que se range M. Faucon. « Lorsque le col, dit-il plus loin, a acquis un volume considérable, attesté par l'augmentation de ses divers diamètres, je crois qu'il faut, au préalable, combattre cette tendance à l'hypertrophie et n'opérer qu'ensuite le cloisonnement.

» On diminue ainsi le poids de l'organe, et, par suite, sa tendance à la précipitation, et en enlevant un col, dont les dimensions sont démesurées, on facilite l'affrontement des parois vaginales. »

C'est à ces indications que notre maître s'est efforcé d'obéir dans deux cas dont nous rapportons les observations (VIII et X), et dans lesquels il a fait précéder le cloisonnement du vagin de l'amputation conoïde du col utérin par le thermocautère.

Comme il n'a eu, dans ces deux cas, qu'à se louer d'avoir pratiqué cette intervention préliminaire, M. Faucon termine son mémoire par cette conclusion que: « dans

les cas d'hypertrophie ancienne et considérable du col, l'opération du cloisonnement du vagin doit être précédée de l'amputation de cet organe, et, spécialement, de l'amputation au thermocautère, qui exerce sur l'utérus une influence résolutive incontestable, ainsi qu'il croit l'avoir démontré dans un travail antérieur » (1).

Laissant cette question d'opération préliminaire, pour nous occuper du cloisonnement du vagin lui-même, nous ferons maintenant remarquer qu'il importe de prendre pour moment de l'intervention, le milieu ou mieux encore le commencement de la période intermenstruelle. Si ce fait a de l'importance dans toutes les opérations de la chirurgie gynécologique, celle qu'il présente dans le cas particulier est évidemment exceptionnelle; on comprend, en effet, que les règles, survenant le jour ou le lendemain de l'opération, pourraient nuire à la réunion des surfaces avivées, en s'infiltrant entre elles par quelque point incomplètement adossé. Notons, toutefois, que parmi les observations que nous rapportons, il s'en trouve plusieurs (observations III et VIII) où les règles, survenues en avance, quelques jours après l'opération, n'ont eu apparemment aucun effet fâcheux sur la réussite de l'intervention. Il est vrai que dans un autre cas (observation IX), survenues également en avance et le quatrième jour après l'opération, elles ont pu être pour quelque chose dans l'insuccès constaté.

Enfin, la veille de l'opération, on pourra très avantageusement administrer un purgatif à la malade : l'évacuation intestinale qui se produira ne saurait qu'être utile, qu'on

(1) *Bulletin de la société de chirurgie* (1880).

ait ou non l'intention de rechercher une constipation artificielle plus ou moins prolongée dans les jours qui suivront.

II. — *Pendant l'opération.*

Si elle n'est pas contre-indiquée par quelque affection spéciale du sujet, la chloroformisation sera très avantageusement pratiquée. Elle présente bien quelques inconvénients qui consistent dans des accès de vomissements pouvant survenir dans le cours de l'opération ou après, et qui peuvent gêner l'opérateur ou même faire concevoir quelque crainte au sujet de la réussite de l'opération : mais, malgré cela, on ne saurait nier les avantages sérieux qu'on peut en retirer ici, comme dans la plupart des interventions chirurgicales, et l'on doit, croyons-nous, y avoir recours le plus souvent possible.

Nous n'insisterons pas sur la position qu'il convient de donner à la femme : la plus naturelle et la plus simple est la position de la taille, les deux jambes étant soutenues par deux aides.

Au sujet de l'avivement, et sans revenir sur la question de sa largeur, question que nous avons examinée plus haut, nous ferons remarquer qu'il importe de ne pas oublier que M. Le Fort recommande de faire descendre la partie la plus inférieure des avivements aussi près que possible de la vulve ; M. Eustache, dans son Mémoire, insiste aussi sur ce point et fait remarquer que l'expérience lui a prouvé « que ce n'était pas le moment le plus facile de » l'opération, et que l'on ne descendait jamais aussi bas » qu'on pouvait le croire en faisant l'avivement. » C'est là,

pourtant, une précaution essentielle, si l'on veut maintenir le prolapsus complètement réduit; un avivement qui ne descendrait pas aussi bas, empêcherait sans doute l'utérus de passer et de retomber, comme avant l'opération, à l'état de précipitation, mais il n'empêcherait pas un certain degré de cystocèle et de rectocèle de se produire: le résultat, en un mot, serait incomplet.

D'ailleurs, nous ne dissimulons pas qu'il ne sera pas toujours facile d'éviter, après l'opération du cloisonnement du vagin, un certain prolapsus d'une des parois vaginales. Au moment de l'opération, l'étendue des parois vaginales antérieure et postérieure n'est pas toujours la même: elle dépend du volume relatif de la cystocèle et de la rectocèle vaginales. Or, c'est dans ces cas de distension inégale des deux parois vaginales antérieure et postérieure, qu'il sera très difficile, sinon absolument impossible, de pratiquer l'avivement et les sutures de façon qu'après le cloisonnement il ne reste pas une légère procidence de la paroi qui était le plus distendue.

C'est là, d'ailleurs, un fait dont il ne faut pas exagérer l'importance, car il ne présente aucun inconvénient très sérieux au point de vue du résultat définitif. Nous en voulons pour preuve l'observation VIII. On peut voir qu'il y est question d'une femme atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus avec une descente considérable de la paroi vaginale postérieure, et chez laquelle on ne parvint pas à adosser suffisamment bien les deux parois vaginales antérieure et postérieure pour empêcher un léger degré de rectocèle de subsister après l'opération; la chose était sans inconvénient, puisque la malade n'attachait aucune importance à ce reliquat de son ancienne affection.

Pour la commodité du chirurgien, il est peut-être bon de commencer par l'avivement de la paroi postérieure, et de n'en venir qu'ensuite à l'avivement de la paroi antérieure; c'est une manière de procéder qu'ont adoptée divers chirurgiens et M. Le Fort lui-même, comme on peut le voir dans l'observation XIII. On évite ainsi d'être gêné par l'écoulement sanguin, qui, dans le cas d'avivement commencé par la paroi antérieure, descend jusque sur la paroi postérieure, et cela assez abondamment pour ennuyer l'opérateur dans sa manœuvre d'avivement. La même raison doit engager à procéder, pour chacun des deux avivements, en allant de bas en haut.

Ce qui précède nous amène à parler de l'hémorrhagie qui se produit au moment de l'avivement des parois antérieure et postérieure du vagin. Si cet avivement reste, comme il le doit, superficiel, cette hémorrhagie se fait simplement en nappe, et il est bien rare qu'elle se présente en jet artériel. En dehors de ce dernier cas, auquel l'application momentanée d'une pince à forci-pression remédie suffisamment, il peut se faire que l'hémorrhagie simplement en nappe soit abondante et difficile à tarir; on la combattra par les moyens ordinaires tels que l'eau froide, l'alcool ou l'eau de Pagliari, et très certainement on en viendra assez rapidement à bout.

Ce n'est, d'ailleurs, que lorsqu'elle est complètement suspendue, qu'on peut procéder à la suture, si l'on veut éviter, dans l'adossement des deux parois vaginales, l'interposition de caillots qui pourrait compromettre la cicatrice immédiate.

Nous avons vu, dans un des chapitres précédents, qu'on peut employer, pour réunir l'une à l'autre les parois vagi-

nales antérieure et postérieure, le fil d'argent, le fil de soie ou le catgut phéniqué. Nous avons dit ce que nous pensions de ces différents moyens de suture; nous n'y reviendrons pas et nous ne ferons que quelques remarques sur leur mode d'application.

Suture en fil d'argent. — Le plus simple est d'en passer les points à l'aide d'une aiguille à suture ordinaire, et, si l'on veut ne pas s'embrouiller dans cette manœuvre assez longue et pour cette raison ennuyeuse quelquefois, de se conformer à la règle suivante : attaquant toujours la paroi vaginale antérieure la première, on passera tous les points de suture en allant de dehors en dedans pour l'avivement antérieur, et de dedans en dehors pour l'avivement postérieur. De cette façon, comme cela doit être, l'anse seule des fils est en rapport avec les parties avivées, et les chefs sont libres dans les gouttières vaginales qui se trouvent constituées de chaque côté de la cloison qui se produit à mesure que l'on serre chacune des sutures, ce que l'on doit faire d'ailleurs dès qu'elles sont passées. Inutile de rappeler que les chefs de chacun de ces points de suture doivent être laissés assez longs pour sortir à la vulve et y être facilement saisissables, après la réduction du prolapsus. Il nous semble plus important d'examiner en quel point des surfaces d'avivement, ou si l'on veut, à quelle distance de leurs bords, doivent passer les fils des sutures. Comme ceux-ci ne doivent pas être enlevés et qu'on en doit attendre la chute spontanée par ulcération des tissus, compris leurs anses, il sera bon de ne pas comprendre dans celles-ci une trop grande partie de la largeur de l'avivement : on fera donc entrer et sortir l'aiguille aussi près

que possible du bord des avivements, quitte à comprendre dans les points de suture, si l'on veut les avoir très adhérents, une plus grande quantité des tissus de la paroi vaginale située sur les côtés de l'avivement. Ce sera un moyen d'éviter la transformation de la cloison en une série de ponts, transformation dont la possibilité a été en question plus haut

Selon que les surfaces d'avivement seront plus ou moins larges, on appliquera sur leurs bords supérieurs, ceux naturellement qui sont le plus rapprochés du col de la matrice, deux ou trois points de suture ou même davantage, en ayant soin d'en partager les chefs en deux parties qu'on placera l'une à gauche et l'autre à droite des surfaces adossées; on aura soin de serrer suffisamment ces premiers points, de façon à réunir fortement les bords supérieurs des deux surfaces avivées, et à empêcher ainsi l'infiltration, entre elles, des diverses sécrétions, qui pourraient, dans la suite, provenir de l'utérus ou de son col, et compromettre le succès de l'opération, si elles pénétraient entre les deux surfaces suturées.

Sur les parties latérales, il faut placer autant de points de suture qu'il est nécessaire, en les éloignant l'un de l'autre d'un centimètre environ. A mesure qu'on les applique et qu'on les serre, on voit la réduction de l'utérus prolabé se produire d'elle-même peu à peu, et elle est complète lorsque les bords inférieurs des deux avivements sont réunis l'un à l'autre, par un nombre de points de suture égal à celui qui a été appliqué sur leurs bords supérieurs.

Quand cette suture est terminée, on réunit en un ou deux faisceaux tous les chefs qui dépassent à la vulve, et

on les entoure d'un peu de diachylon pour les empêcher d'irriter les organes vulvaires. On sait qu'on n'a plus, après cela, à s'occuper de ces points de suture et qu'on doit les laisser tomber d'eux-mêmes.

Suture au fil de soie ou au fil de catgut. — Si c'est à l'une ou à l'autre de ces deux variétés de suture que l'on a recours, il faudra prendre un numéro de fil assez fort pour n'avoir pas à craindre sa résorption avant que l'adhésion entre les deux surfaces ne soit suffisante. C'est surtout pour le catgut que cette précaution est à prendre, et l'on se souviendra que M. Eustache s'est également bien trouvé de l'emploi du fil N° 1 et du fil N° 2, ainsi qu'on peut le voir dans les observations que nous rapportons.

La suture au fil de soie ou au fil de catgut doit s'appliquer de la même façon que celle au fil d'argent. Deux différences sont à noter, c'est : 1° qu'ici les chefs des sutures doivent être coupés ras du nœud, et 2° qu'on peut avec avantage comprendre dans l'anse des sutures une portion plus grande de l'avivement, les parties adossées ne devant plus être sectionnées par la chute des fils.

III. — *Après l'opération.*

L'opération terminée, quels sont les soins nécessaires pour en assurer la réussite, ou plus spécialement pour favoriser la réunion des surfaces suturées l'une à l'autre.

Le point le plus important est d'assurer le repos des parties sur lesquelles a porté l'opération ; M. Eustache s'efforce d'y parvenir en prescrivant, immédiatement après

l'opération, des boissons gazeuses et froides pour empêcher les accès de vomissement, si fréquents après l'anesthésie chloroformique, en pratiquant pendant plusieurs jours le cathétérisme de la vessie chez les opérées, en les constipant et en les maintenant au repos au lit prolongé.

Le cathétérisme empêche les mouvements et les efforts du côté de la vessie : il est pratiqué, aussi souvent qu'il est nécessaire, et, si l'on craint que cette petite opération oblige à revenir trop souvent auprès des opérées, on leur applique une sonde à demeure.

La constipation empêche les mouvements et les efforts du côté du rectum : on l'obtient facilement par l'administration des opiacés à petite dose et continuée pendant tout le temps voulu, c'est-à-dire huit à dix jours. Trois à cinq pilules d'un centigramme d'extrait gommeux d'opium chacune, prises à des intervalles réguliers chaque jour paraissent être le mode le plus simple à employer. Pendant ce temps, on surveille l'alimentation, qui ne doit se composer que de substances laissant peu de résidu : viandes à peine rôties et saignantes, œufs, consommés, vins généreux et très peu de pain. Quand on peut supposer que la réunion des deux parois vaginales commence à être suffisamment établie, c'est-à-dire au bout d'une dizaine de jours, on cherche à prévenir les inconvénients qui pourraient résulter de cette constipation prolongée. Tandis qu'on remplace l'opium par de l'huile de ricin à petite dose, on administre quelques lavements simples ou huileux, de façon à permettre à l'intestin de se vider sans grands efforts.

On peut voir, dans les observations que nous rapportons, que tous les opérateurs ne prennent pas ces deux

dernières précautions dont nous venons de parler : tous ne pratiquent point le cathétérisme et ne recherchent pas la constipation artificielle pendant les premiers jours qui suivent l'opération, et les résultats qu'ils obtiennent n'en sont pas moins satisfaisants. Ces soins ne sont donc pas d'une absolue nécessité, mais, pourtant, d'après nous, ils ne sauraient qu'être utiles, et nous croyons qu'il est bon d'y recourir. Si, pour quelque raison, on ne pense pas devoir le faire, on ne saurait négliger de recommander aux opérées de s'abstenir de tout effort pendant la miction et pendant la défécation ; il serait même utile de faciliter les selles par quelques lavements.

Mais un point sur lequel les avis ne sauraient varier, c'est sur le repos au lit, qu'il faut exiger des opérées : elles devront le garder pendant dix à quinze jours et éviter le plus longtemps possible de faire de grands efforts. Comme on peut le voir, dans les observations que nous rapportons, tous les cas d'insuccès de l'opération du cloisonnement du vagin sont dus à des femmes qui n'ont pas rigoureusement observé cette recommandation. Son importance est cependant évidente ; si l'on vient, avant que l'adhérence entre les deux surfaces adossées soit complète, demander à la cloison, qui doit en résulter, de s'opposer au passage de l'utérus sur lequel l'intestin vient presser pendant l'effort, et presser d'autant plus que cet utérus avait depuis longtemps perdu son droit de domicile dans l'abdomen, cette cloison, à peine formée, ne pourra suffire, elle se rompra et l'utérus viendra de nouveau faire saillie au dehors. C'est, du reste, ce qui s'est passé dans les observations IX et X. — Pour éviter un semblable accident, on interdira donc tout effort aux opérées, et le meilleur

moyen de les en empêcher, c'est de les tenir au repos au lit pendant le plus longtemps possible.

Indépendamment de ces divers soins dont nous venons de parler et dont le but est d'assurer, en les maintenant au repos, la réunion des surfaces suturées, il sera bon de faire, matin et soir, dans le vagin, désormais bifide, tantôt à droite et tantôt à gauche, des injections détersives pour y empêcher la stagnation de toute espèce de liquide provenant soit de la suppuration d'une des parties avivées, soit d'une leucorrhée quelconque.

MM. Faucon et Eustache, ainsi qu'on peut le voir dans les observations qui suivent, emploient pour ces injections de l'eau légèrement phéniquée, et, dans l'intervalle des injections, qui sont répétées deux ou trois fois par jour, appliquent à demeure à l'ouverture de la vulve un tampon d'ouate phéniquée : ils cherchent ainsi à appliquer dans la mesure du possible la méthode antiseptique à une opération qui ne saurait la comporter dans toute sa rigueur.

Il nous reste un dernier mot à dire au sujet des diverses opérations qu'on peut pratiquer quelque temps après le cloisonnement et pour rendre plus certaine la guérison complète du prolapsus : nous voulons parler des diverses opérations de périnéorrhaphies, vulvorrhaphies...., etc. On sait que M. le professeur Le Fort (observation I) a cru devoir recourir à l'une de ces opérations pour rendre plus sûre la guérison de sa malade, et M. Zancarol (observation III), de même que M. Hicquet (observation V) ont imité cet exemple.

Les diverses vulvopérinéorrhaphies qu'on pourra pratiquer dans des cas semblables seront toujours utiles ;

mais elles sont tout particulièrement indiquées chez les femmes qui, indépendamment d'un prolapsus utérin, sont en même temps atteintes d'une déchirure plus ou moins étendue du périnée. Dans ces cas, une opération de périnéorrhaphie est le complément indispensable du cloisonnement du vagin.

CHAPITRE VI.

Indications et contre-indications du cloisonnement du vagin.

Le cloisonnement du vagin est une excellente opération; c'est la meilleure que le chirurgien puisse employer pour obtenir la guérison définitive d'une chute complète de l'utérus : c'est, du moins, ce que nous croyons avoir démontré dans les premiers chapitres de ce travail. Nous devons, maintenant, nous demander dans quels cas il convient d'y recourir, et s'il n'existe pas quelquefois des contre-indications à une semblable intervention.

D'une façon générale, le cloisonnement du vagin est applicable à tous les cas de chute complète de la matrice, mais, selon nous, il ne faut pas y avoir recours avant d'avoir essayé les moyens ordinaires. C'est une opération, et aucune n'est complètement exempte de danger. Bien que celle qui nous occupe n'en présente que fort peu, qu'elle en présente beaucoup moins que plusieurs de celles qui poursuivent le même but, et qu'elle n'ait habituellement aucun inconvénient sérieux dans ses conséquences, lorsqu'elle est exécutée dans des conditions que nous avons déterminées, elle ne doit pas être pour cela pratiquée à la légère. Les quelques dangers, qui lui sont communs avec toutes les autres interventions chirurgicales, quelque légères qu'elles soient, la possibilité de légers inconvénients qui peuvent, dans la suite, résulter de son application, les soins assez minutieux qu'elle nécessite, le repos absolu au lit qu'elle exige des opérées, tout cela nous fait

admettre que l'opération du cloisonnement du vagin n'est indiqué que chez les femmes à l'infirmité desquelles, les moyens ordinaires, pelotes ou pessaires, ne peuvent remédier d'une façon satisfaisante.

Et encore, on ne saurait pratiquer le cloisonnement du vagin à toutes les malades qui se trouvent dans ces conditions.

Faut-il, en effet, tenter cette intervention chez les femmes susceptibles de concevoir et, par suite, d'accoucher plus ou moins rapidement ? Sans doute, comme nous l'avons dit en parlant des inconvénients qui peuvent résulter du cloisonnement du vagin, celui-ci ne saurait constituer un obstacle très sérieux à l'accouchement. En admettant, chose d'ailleurs très probable, que la parturition ne puisse se produire sans rupture de la cloison, nous avons vu que la section préalable de celle-ci pouvait se faire sans la moindre difficulté. Mais comme après cette section et après l'accouchement il est peu probable que l'utérus reste dans sa situation normale et ne revienne pas, comme auparavant, faire prolapsus au dehors, de façon à rendre le cloisonnement aussi nécessaire qu'avant la grossesse, nous ne saurions, dans ces conditions, recommander une opération dont l'heureux effet pourrait ne durer que fort peu de temps, et, en tous cas, amener la préoccupation d'avoir à détruire la cloison précédemment établie.

Nous admettrons donc que, chez les femmes encore susceptibles de devenir mères dans un délai plus ou moins bref, et cela peut-être plusieurs fois, le cloisonnement du vagin est contre-indiqué, et que c'est à d'autres moyens qu'il faut demander le soulagement des malades atteintes

de prolapsus complet de l'utérus. Il faut connaître la possibilité et la facilité de la section de la cloison artificielle, non pour pratiquer à l'aveugle le cloisonnement du vagin, mais pour secourir les femmes, qui, après l'avoir subi, et contre les présomptions qu'on peut faire en pareille matière, deviendraient grosses dans la suite.

A plus forte raison, le cloisonnement du vagin serait-il contre-indiqué chez les femmes enceintes au moment de l'opération.

A côté de cette contre-indication, que nous pourrions dire physiologique, il en est d'autres qui sont d'ordre pathologique. Elles contre-indiquent l'opération soit définitivement, soit seulement d'une façon momentanée.

Les états généraux graves, les maladies constitutionnelles arrivées à une période avancée, le grand âge et ses dégénérescences, soit parce qu'ils font courir le risque de complications dangereuses, soit parce qu'ils doivent avoir à bref délai une terminaison fatale, contre-indiquent, et d'une façon définitive, le cloisonnement du vagin, comme toute autre opération chirurgicale.

Indépendamment de ces divers états morbides et de la contre-indication définitive qu'ils comportent, et sans parler des maladies aiguës pendant le cours desquelles personne ne saurait songer à entreprendre une intervention de la nature de celle dont nous parlons, il y a d'autres affections moins retentissantes, dont il faut tenir compte; elles doivent, en effet, faire remettre pendant quelque temps l'opération, si l'on veut la pratiquer avec toutes les chances de succès. On ne saurait nier, par exemple, que les diverses inflammations de la matrice ou de son col, de même que celles du vagin, par les sécrétions patholo-

giques qu'elles déterminent et qui peuvent s'infiltrer entre les deux parois vaginales avivées et adossées, ne soient de nature à rendre plus difficile le succès de l'intervention. L'hystérie, par ses attaques convulsives, les affections des voies respiratoires par la toux qu'elles déterminent, et tant d'autres maladies, qui rendent impossible l'application des diverses précautions nécessaires au succès de l'opération, sont aussi de nature à en compromettre le résultat.

On devra donc, avant de se mettre à cloisonner le vagin, les guérir ou du moins les modifier assez pour n'avoir plus à en craindre les mauvais effets : on aura toujours pour cela le temps nécessaire, puisque, dans aucun cas, le cloisonnement du vagin ne saurait se présenter avec un caractère d'urgence (1).

Pour cette même raison, on pourra toujours n'opérer que dans un milieu favorable, et pendant une bonne constitution médicale.

(1) C'est pour se conformer à cette contre-indication momentanée que, ces jours derniers, M. Faucon refusait d'opérer avant deux mois une femme qui était entrée dans son service pour se soumettre au cloisonnement du vagin, et qui fut prise, deux jours après son entrée, d'un ictère catarrhal.

OBSERVATIONS

Nous avons pu réunir treize observations de cloisonnement du vagin pratiqué pour remédier au prolapsus complet de l'utérus : la plupart forment la base des travaux que nous avons mentionnés dans le chapitre II. Nous croyons devoir les rapporter ici plus ou moins complètement.

OBSERVATION I.

Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin. — Guérison. — Extraite de la communication de M. Lefort. — Bulletin de la Société de Chirurgie, février 1877.

Le 16 novembre 1876, entre, dans le service de M. Lefort, à l'hôpital Beaujon, une femme âgée de 48 ans, exerçant la profession de blanchisseuse et atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus, paraissant remonter à six mois seulement. Cette femme a eu trois enfants, dont le dernier a onze ans; toutes ses couches ont été normales et sa menstruation constamment régulière. Au mois de mai dernier, elle vit apparaître à la vulve une tumeur assez singulière, dont l'issue se fit d'abord d'une façon intermittente et par intervalle de quinze jours environ. La tumeur, après être restée plus ou moins longtemps dehors, rentrait spontanément. A partir du mois d'octobre, l'accident se renouvela tous les jours et la tumeur prit le volume qu'elle avait lors de l'opération. Huit jours enfin avant l'entrée à l'hôpital, la réduction devint impossible et il survint des douleurs accompagnées de sensation pénible de pesanteur.

Au dehors de la vulve, on trouve une tumeur conoïde dont la grosse extrémité est dirigée en bas, et dont le sommet correspond à l'entrée du vagin. A sa base, se trouve une ulcération circulaire située autour d'une ouverture infundibuliforme. Cette tumeur mesure onze centimètres de longueur, dix-huit de circonférence à sa base et dix à son sommet. La surface externe se joint sans ligne de démarcation avec la muqueuse vulvaire immédiatement en arrière des grandes lèvres. L'ouverture située à la base permet l'introduction de l'hystéromètre qui pénètre à une profondeur de sept centimètres.

L'orifice urétral est apparent au-dessus et en avant du pédicule; pour y faire pénétrer une sonde, on est obligé d'incliner l'instrument de haut en bas et d'arrière en avant (la malade étant dans le décubitus dorsal), on sent le bec de la sonde qui a pénétré vers la base de la tumeur; la vessie a donc été entraînée par le mouvement de descente de l'utérus et du vagin.

La malade demande à être débarrassée de son infirmité et préfère une opération quelle qu'elle puisse être à la nécessité de porter un bandage quelconque..... Le cloisonnement du vagin fut décidé et exécuté suivant le manuel opératoire décrit dans le deuxième chapitre de cette thèse.

L'opération fut faite en décembre 1876; la guérison se fit sans aucun accident; il n'y eut même pas de fièvre traumatique. Le résultat fut complet, l'utérus était parfaitement maintenu et lorsqu'après avoir fait accroupir la malade on la faisait tousser ou faire des efforts, rien n'apparaissait à la vulve; il n'y avait même pas de refoulement appréciable.

M. Le Fort aurait pu borner là son intervention, et il l'aurait fait certainement s'il n'avait voulu montrer l'heureux effet de son procédé dans toute son intégrité. Toutefois, en raison de la laxité, de la largeur anormale de la fourchette, craignant que l'absence de tout soutien du côté de la vulve vint compromettre le résultat, et après avoir fait prendre la photographie des régions opérées, afin d'en constater l'état réel, il rendit le résultat absolument certain en faisant, le 24 janvier, vers la fourchette et les parties voisines, un avivement comme dans le procédé de Baker-Brown. Il

fit la suture à deux étages suivant son procédé, c'est-à-dire au moyen de fils passant au travers d'un bout de sonde pour la suture profonde et de points entrecoupés pour la suture superficielle. Le sixième jour, les sutures furent enlevées. La réunion était incomplète dans les parties superficielles, complète profondément, et lorsque la malade sortit le 6 février tout était réuni.

OBSERVATION II.

Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin, guérison. — Communication de M. Panas à la Société de chirurgie.

Dans la séance du 19 février 1879, M. le professeur Panas présenta une malade dont il résuma ainsi l'histoire : Agée de 44 ans, elle était atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus ; en mai 1877, M. Tillaux lui pratiqua une première opération, dont le but était de rétrécir l'orifice vulvaire du vagin : cette opération fut suivie de succès tout d'abord ; mais au bout de six mois, le prolapsus se reproduisit comme précédemment. C'est alors que la malade entra dans le service de M. Panas, en décembre 1878. M. Panas pratiqua le cloisonnement du vagin, suivant la méthode de M. Le Fort : l'opération dura quarante minutes et ne fut compliquée d'aucun suintement sanguin ; la réaction fut nulle. Le cloisonnement fut obtenu de haut en bas et l'utérus resta dès lors parfaitement maintenu à sa place.

OBSERVATION III.

Prolapsus complet de l'utérus. Guérison par le cloisonnement du vagin. — Autopsie vingt-sept mois après. — Résumée des Bulletins de la Société de chirurgie, décembre 1879.

Cette observation du docteur Zancarol d'Alexandrie est relative à une femme de 36 ans, atteinte d'une chute complète de la matrice et d'une déchirure du périnée. La chute de matrice datait de

7 ans 1/2. Le docteur Zancarol pratiqua d'abord le cloisonnement du vagin, en suivant exactement le manuel opératoire décrit par M. Lefort. La malade eut ses règles le 7^e jour après cette opération, mais néanmoins le résultat fut complet et l'utérus parfaitement maintenu. Quelques mois plus tard, une périnéorrhaphie fut pratiquée avec autant de succès.

La malade continuait à être parfaitement guérie de ses accidents du côté de l'utérus, quand elle succomba, vingt-sept mois après la première opération, aux progrès du tuberculose laryngée. A l'autopsie, on put extraire ses organes génitaux et constater, dans le vagin, l'existence d'une cloison solide s'opposant à la sortie de l'utérus par la vulve. On put s'assurer, en même temps, qu'en cas de grossesse et d'accouchement il eut été facile et sans danger de sectionner la cloison.

OBSERVATIONS IV, V et VI.

*Rapportées dans les Bulletins de la Société de chirurgie.
Décembre 1879.— Elles sont dues à M. Hicquet, de Liège.—
Nous les résumons brièvement.*

La première est relative à une jeune femme de 19 ans, ayant eu un seul enfant et atteinte d'un prolapsus utérins complet. Le cloisonnement du vagin fut pratiqué suivant le procédé de M. Lefort et avec un plein succès. §

Un mois après cette première intervention, M. Hicquet pratiqua le rétrécissement de la vulve au voisinage de la fourchette et la malade sortit de l'hôpital complètement guérie. — Cette femme, de mœurs légères, fut revue huit mois plus tard. Le cloisonnement, haut de trois centimètres, maintenait l'utérus parfaitement réduit et cela, malgré des rapprochements sexuels complets et répétés.

Dans la deuxième, il est question d'une femme de 48 ans, atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus avec cystocèle, et rectocèle et d'une déchirure du périnée s'étendant jusqu'au sphincter externe. M. Hicquet pratiqua le cloisonnement du vagin et fit en même

temps une périnéorrhaphie. Le résultat de cette double intervention fut des meilleurs : la malade sortit tout à fait guérie de l'hôpital, où elle n'a pas été revue depuis, bien qu'elle ait promis de s'y représenter s'il lui revenait quelque chose.

Enfin, dans la troisième observation du Dr Hicquet, il s'agit d'une jeune femme de 19 ans, nullipare, atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus datant de plus d'un an et survenu après de violents efforts de travail.

Le 8 mai 1878, M. Hicquet fit une première fois le cloisonnement du vagin, mais cette première opération échoua à la suite d'une violente diarrhée qui survint le lendemain de l'opération, en même temps que des attaques convulsives d'hystérie.

Le 8 juillet, après avoir soumis sa malade pendant un certain temps au bromure de potassium, M. Hicquet pratique une seconde fois le cloisonnement du vagin, et cette fois avec un plein succès. Quelques jours plus tard, il pratiqua avec le même succès le rétrécissement de la vulve au voisinage de la fourchette, et la malade sortit de l'hôpital le 23 août, complètement guérie : elle n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION VII. — (Personnelle).

Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin. — Insuccès.

M.... Marie, âgée de 59 ans, ménagère, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. Faucon, le 21 avril 1880. Elle a eu deux enfants et n'est plus réglée depuis onze ans. Depuis 17 ans, elle est atteinte d'un prolapsus utérin : peu prononcé au début, il s'est, dans la suite, exagéré ; depuis cinq ans, il est très considérable et reste ce qu'il est actuellement. — La malade prétend que dans ces temps derniers on lui a essayé, sans résultat, sept pessaires différents, et demande à être soulagée par une opération.

Après avoir constaté que cette femme est réellement atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus, avec cystocèle et rectocèle, et sans

hypertrophie notable de l'utérus ; que ce prolapsus est parfaitement réductible, mais qu'il se reproduit aussitôt qu'on cesse d'agir sur l'utérus, M. Faucon propose le cloisonnement du vagin, qui est immédiatement accepté.

Le 29 avril, le prolapsus étant produit à son maximum, et la malade anesthésiée par le chloroforme, on procède à l'opération, en suivant exactement le manuel opératoire employé par M. Le Fort dans sa première opération. On avive sur les parois antérieure et postérieure du vagin une surface rectangulaire longue de quatre centimètres et large d'un centimètre. Pendant qu'on pratique ces deux avivements, il se produit une hémorrhagie en nappe assez abondante, qu'on parvient pourtant à arrêter avec de l'eau froide, de l'eau alcoolisée, et de la compression. — Tandis qu'on procède à l'arrêt de cette hémorrhagie, la patiente a, par deux fois, des accès de vomissements : sous leur influence, on voit la tumeur formée par l'utérus prolapsé devenir beaucoup plus volumineuse et les surfaces d'avivement s'élargir considérablement, au point de faire craindre la rupture des parois vaginales affaiblies par l'avivement. L'hémostase obtenu, on applique douze points de suture, comme l'indique M. Le Fort, et l'on en laisse les chefs assez longs pour dépasser à la vulve, où on les réunit en un faisceau entouré d'une bandelette de diachylon pour les empêcher d'irriter les organes vulvaires et la peau de la partie supérieure et interne des cuisses.

On termine cette opération par une légère injection phéniquée dans le vagin, et l'on reporte la malade dans son lit. Dans la journée, elle n'accuse aucune douleur et ne laisse pas écouler par la vulve la moindre quantité de sang.

30 avril. — Pas de réaction : la malade se trouve très bien et ne ressent rien du côté du ventre. — Traitement : très légère alimentation, injection phéniquée dans le vagin et tampon d'ouate phéniquée à la vulve.

1^{er} mai. — La malade se trouve toujours très bien. On ajoute au traitement un léger laxatif chaque matin et l'on recommande à la malade de demander un lavement chaque fois qu'elle aura besoin d'aller à la selle.

12 mai. — On examine le vagin. En écartant les parois vaginales d'avant en arrière, on aperçoit l'extrémité inférieure de la cloison formée par leur réunion ; elle a à peu près un centimètre de large et divise le vagin en deux parties à peu près égales. Les fils de sutures sont encore adhérents. A partir d'aujourd'hui on permet à la malade de se lever pendant la journée. A part cela, on continue le même traitement.

24 mai. — Tous les fils sont aujourd'hui détachés : la malade assure qu'ils sont tombés sans qu'elle ait tiré sur eux. En examinant le vagin, on constate que le cloisonnement n'a réussi que dans sa partie inférieure sur une étendue d'un centimètre environ. Ce qu'il y a, est suffisant pour maintenir le prolapsus ; quand on fait tousser la malade, pendant que les parois vaginales sont écartées, on voit la petite cloison qui existe former comme une sangle qui empêche les parties situées plus haut de descendre à la vulve.

20 juin. — Le prolapsus est toujours maintenu et la malade, très heureuse, demande à sortir. Quelques jours plus tard, elle revient à la consultation ; sous l'influence d'un effort qu'elle a fait pour soulever quelque chose de pesant, son prolapsus s'est reproduit : on constate en effet que le léger pont qui réunissait l'une à l'autre les parois vaginales antérieure et postérieure s'est rompu et que le prolapsus est aussi considérable qu'avant l'opération.

Réflexions. — A quelle cause faut-il rattacher l'insuccès rapporté dans l'observation qui précède ?

La malade se trouvait dans les meilleures conditions lors de l'opération, et très désireuse de guérir, elle a tenu, pendant les jours suivants, le plus grand compte des recommandations qui lui ont été faites de ne pas se lever, de ne pas faire d'effort... etc... Ce n'est point de ces divers côtés qu'il faut rechercher la cause de l'insuccès.

M. Faucon a cru devoir accuser la parcimonie avec laquelle il avait fait l'avivement (un centimètre de largeur). A défaut d'une autre, nous admettrons cette explication.

OBSERVATION VIII. (Personnelle).

*Prolapsus complet de l'utérus avec hypertrophie du col. —
Amputation de ce dernier organe et cloisonnement du vagin.
Guérison (1).*

B... Justine, 46 ans, entre à l'hôpital Ste-Eugénie, service de M. Faucon, le 26 juin 1880 : elle vient demander l'opération du cloisonnement du vagin pour être débarrassée d'une chute complète de l'utérus.

Cette femme a subi, il y a un an, une première opération pour l'affection qui la tourmente; M. Faucon lui a amputé, au thermocautère, le col utérin, dont l'hypertrophie eut considérablement gênée l'affrontement des parois antérieure et postérieure du vagin. L'hystéromètre indiquait alors 11 centimètres de profondeur; le col, peu allongé, mesurait 7 centimètres dans son diamètre transversal.

Sous l'influence de l'opération et du repos au lit qui en fut la suite, l'utérus se dégorgea et ne parut plus à la vulve; la malade se crut guérie et sortit de l'hôpital en refusant l'opération complémentaire: elle ne voulut même pass'astreindre à porter un pessaire: elle avait horreur de cet appareil contentif qui l'avait bien des fois fait souffrir sans remédier à son infirmité, et, malgré les observations du chef de service, elle se crut à jamais délivrée.

L'événement parut d'abord lui donner raison: six mois après, le prolapsus ne s'était pas reproduit et l'hystéromètre ne pénétrait plus qu'à 8 centimètres. C'est au mois de février 1880 que la malade s'aperçut d'une tendance à la récurrence; peu à peu la chute de l'utérus s'affirma, et elle est aujourd'hui aussi volumineuse qu'il y a un an.

Etat actuel (26 juin 1880) : Tumeur conoïde de 9 centimètres

(1) La première partie de cette observation a été insérée dans le Mémoire de M. A. Faucon. *Traitement de la chute de l'utérus...* etc. *Archives de Tocologie*, mai 1880.

de long, mesurant 16 centimètres de circonférence à sa base et 9 à son sommet. Le col n'est plus saillant comme autrefois; il est déprimé, au contraire, et ce sont les parois vaginales, dont l'affrontement est des plus faciles, qui forment à son pourtour un bourrelet d'une mollesse caractéristique. On reconnaît les lèvres du col à la cicatrice laissée par l'opération antérieure; il y a quelques exulcérations sur la lèvre postérieure du fond de ce petit infundibulum, qui présente un diamètre transversal de 3 centimètres; on aperçoit l'orifice du col non rétréci; il s'en écoule un peu de mucus qui a l'aspect du glaire d'œuf.

La tumeur est recouverte par les parois vaginales, dont les plis transversaux sont visibles à la base; elle se complique de cystocèle; il n'existe pas de rectocèle: il n'y a que la paroi postérieure du vagin qui a suivi l'utérus dans sa descente; le rectum n'est pour rien dans le prolapsus. — Celui-ci est facilement réductible, il s'accompagne des symptômes habituels de cette affection, et la malade en est assez gênée pour réclamer aujourd'hui avec instance l'opération qu'elle a cru devoir refuser l'année dernière.

Cette opération est pratiquée le 1^{er} juillet, lorsque les ulcérations qui se trouvaient au niveau du col sont cicatrisées et la malade étant à peu près au milieu de la période intermenstruelle. M. Faucou fait un avivement de 6 centimètres de long sur deux et demi de large, et applique douze points de suture en suivant exactement le procédé décrit par M. Le Fort. — On fait une légère injection phéniquée, et l'on applique, à la vulve, un tampon de ouate phéniquée.

2 juillet. — L'opérée va très bien et n'accuse aucune douleur; pas d'écoulement extra-vaginal. — On donne une légère alimentation.

3 juillet. — L'ouate qu'on applique à la vulve est ce matin tachée d'un peu de sang. Pas de douleur. La malade se trouve très bien. — Toujours le même pansement, c'est-à-dire injection phéniquée chaque matin et application à la vulve d'un tampon d'ouate phéniquée.

Les 4 et 5 juillet. — Rien de particulier. L'écoulement sanguin continue.

Le 6. — L'écoulement du sang est arrêté. La malade se trouve très bien et ne souffre pas. — Elle n'a pas été à la selle depuis le jour de l'opération. — Traitement comme d'habitude, c'est-à-dire repos au lit, injection phéniquée une fois par jour. — Léger purgatif. — On peut voir par le relevé suivant de la température et du pouls, que la fièvre traumatique qui a suivi l'opération a été légère.

1^{er} juillet T. V. 37°,7. P. 70.

2 — T. M. 37°,6. P. 70. T. V. 38°,2. P. 80.

3 — T. M. 38°. P. 74. T. V. 38°,4. P. 90.

4 — T. M. 37°,6. P. 70. T. V. 38°. P. 80.

5 — T. M. 37°,4. P. 68. T. V. 38°,2. P. 72.

6 — T. M. 37°,4. P. 64. T. V. 38°,6. P. 80.

7 — T. M. 37°,6. P. 72. T. V. 38°,2. P. 76.

8 — T. M. 37°,4. P. 70. T. V. 38°,8. P. 80.

9 — T. M. 37°,6. P. 68. T. V. 37°,8. P. 70.

10 juillet et jours suivants, plus de fièvre.

15 juillet. — La malade va très bien. — Elle ne souffre pas. — Par la vulve, il ne se fait plus d'écoulement appréciable. — On permet à la malade de se lever et de s'asseoir à côté de son lit. — Traitement comme plus haut.

1^{er} août. — On permet à la malade de marcher un peu.

3 août. — Règles.

15 août. — La malade sort de l'hôpital. — Les fils de sutures ne sont pas encore tombés.

11 septembre. — Elle revient à la consultation. — Les fils de sutures ne sont pas encore tombés; on les enlève assez facilement. L'utérus est parfaitement réduit. Lorsqu'on entr'ouvre la vulve et qu'on demande à la malade de faire des efforts, on voit la partie inférieure de la cloison se tendre et empêcher les parois antérieure et postérieure de s'écarter l'une de l'autre. On voit, en même temps, pendant l'effort la paroi postérieure, dont l'adhésion à la paroi antérieure ne descend pas jusqu'au niveau de la fourchette, tendre à glisser et à faire, par sa portion inférieure à la cloison, une très légère procidence. Cette procidence, d'ailleurs, est assez peu prononcée pour ne pas paraître hors de la vulve lorsque ses lèvres ne sont pas écartées.

La suture paraît solide sur toute l'étendue de l'avivement, et l'on constate dans le vagin la présence d'une cloison antéro-postérieure complète, de chaque côté de laquelle on introduit facilement l'index. L'opérée se trouve très bien de sa situation et ne veut pas entendre parler du rétrécissement de la vulve dans le voisinage de la fourchette. Elle resta depuis cette époque complètement guérie de son prolapsus, bien qu'elle se livra, sans aucune précaution, aux occupations du ménage, qu'elle fit quelquefois de longues courses et qu'elle continua les rapports conjugaux, le cloisonnement resta aussi solide qu'après l'opération.

En octobre 1882, elle entra à l'hôpital dans le service de M. Desplats, et elle y succomba quelque temps après aux progrès d'une cirrhose atrophique du foie.

Son prolapsus était resté parfaitement maintenu.

A l'autopsie, dont nous ne rapporterons pas ici tous les détails qui ne sauraient nous intéresser, on put enlever ensemble l'utérus, le vagin, la vessie, le rectum, la vulve et le périnée.

Voici la description de cette pièce pathologique :

On trouve à sa partie supérieure, l'utérus long de 7 cent. $1/2$ et dont le col paraît très peu volumineux : au-dessous se trouve le vagin, au milieu duquel se trouve parfaitement résistante la cloison artificielle produite par l'opération : elle est longue de trois centimètres $1/2$; sa limite supérieure correspond, à peu près, au col de l'utérus et sa limite inférieure est distante de la vulve, sur la paroi antérieure, de six centimètres, sur la paroi postérieure, de cinq centimètres. Les deux gouttières qui se trouvent de chaque côté de la cloison sont à peu près égales en diamètres ; on y introduit très facilement le pouce.

Cette cloison se trouve en rapport en avant avec la paroi postérieure de la vessie, sur laquelle elle glisse très facilement ; elle est en rapport, en arrière, avec la paroi antérieure du cul-de-sac péritonéal rétro-utérin. Ce cul-de-sac rétro-utérin descend à 6 centimètres environ au-dessous du col, fait qui s'explique par l'ancien prolapsus de la paroi vaginale postérieure qui n'avait pas entraîné avec elle le rectum, et aussi par la persistance d'un léger prolapsus, comprenant la partie de la paroi vaginale postérieure située sous

la cloison. Le péritoine glisse sans adhérence sur la paroi vaginale au niveau de la cloison.

Enfin, on peut voir, par l'examen de la pièce, que si, pour une raison quelconque, il eut été nécessaire de détruire le cloisonnement, la section de celui-ci aurait pu être faite sans danger et très facilement.

Réflexions. — Nous considérerons cette observation comme très importante, d'abord à cause de la guérison définitive qu'a prouvé le cloisonnement, ensuite à cause de la possibilité de la copulation après l'opération, et en troisième lieu à cause de la constatation qu'on a pu faire, qu'il eut été possible de pratiquer, sans danger et facilement, la section de la cloison artificielle, si cette section était devenue nécessaire.

OBSERVATION IX.

(Cette observation et les trois suivantes ont servi de base au mémoire lu le 1^{er} juin 1881, à la Société de chirurgie, par M. le professeur Eustache).

Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin. — Insuccès.

Femme de 36 ans, ayant eu 9 enfants et atteinte d'une chute de matrice depuis 4 ans. L'opération fut pratiquée en décembre 1878, suivant le procédé de M. Lefort : avivement antérieur et postérieur de 5 centimètres de long sur 2 de large ; application de 8 points de suture, un à chaque extrémité et 3 de chaque côté, les chefs des fils d'argent étant laissés assez longs pour pendre hors de la vulve, où ils étaient réunis en faisceaux l'un à droite, l'autre à gauche. Au troisième jour, les règles survinrent, en avance de douze jours ; elles furent très abondantes ; la femme refusa absolument de se laisser pratiquer des injections détersives matin et soir ; elle se leva

à plusieurs reprises sans autorisation; le huitième jour, les fils inférieurs se détachèrent spontanément après avoir sectionné les tissus; le seizième jour, les fils supérieurs étaient encore en place et ne tombèrent que le lendemain. Il n'existait qu'un pont peu résistant correspondant à l'extrémité supérieure de l'avivement, mais qui suffit à maintenir l'utérus en place jusqu'au vingt-quatrième jour, quand, à la suite d'un effort pour soulever les matelas de son lit, la malade sentit le prolapsus se reproduire au même degré que précédemment. — Elle ne consentit plus à une nouvelle opération et sortit de l'hôpital avec un pessaire à tige.

C'est à la suite de l'insuccès qu'on vient de lire, insuccès qu'il croyait devoir mettre pour une large part sur l'indocilité de la malade, mais qu'il attribuait en partie à certains détails du manuel opératoire, que M. Eustache résolut d'apporter au procédé de M. Le Fort quelques modifications. Nous savons qu'elles portent sur la largeur à donner à l'avivement et sur les moyens de suture à employer: elles ont été appliquées dans les 3 observations suivantes.

OBSERVATION X.

Prolapsus complet de l'utérus avec hypertrophie du col; Amputation de cette organe. — Cloisonnement du vagin. — Guérison.

Catherine Her..., âgée de 45 ans, journalière, entre à l'hôpital Ste-Eugénie, le 4 avril 1880, pour une chute complète de la matrice. — Cette femme a eu deux enfants, l'un à 24 ans, l'autre à 34. — Sa maladie date du premier accouchement, qui fut très difficile et dut être terminé par le forceps. Quelques mois après, l'utérus descendait jusqu'à la vulve, qu'il entr'ouvrait dans la position debout. Pendant sa seconde grossesse, 10 ans après, le prolapsus se reproduisit, mais il reparut après l'accouchement et ne fit qu'augmenter. Depuis huit ans, la matrice franchit la vulve

et pend entre les cuisses; les pessaires qu'on a essayé à plusieurs reprises, n'ont pu tenir en place.

Il y a quelques jours, la tumeur s'enfla considérablement, devint rouge, douloureuse et irréductible, et c'est pour cela qu'elle entre à l'hôpital.

A ce moment, l'utérus est très volumineux, les parois retournées du vagin qui le recouvrent sont rouges et œdématisées, la réduction est impossible. L'hystéromètre pénètre à une profondeur de 17 centimètres $1/2$; et la circonférence des parties mesurées au-dessous de la vulve atteint 21 centimètres. Sous l'influence du repos au lit le bassin relevé, de cataplasmes appliqués sur la tumeur, la diminution du gonflement se fait peu à peu, et le 24 mai on put réduire le prolapsus. A ce moment, le cathéter utérin n'accusait plus que 16 centimètres, dont la plus grande partie était due à l'hypertrophie du col.

M. Faucon, qui avait à ce moment le service, proposa et pratiqua l'amputation du col avec le thermocautère le 28 mai. Cette opération diminua la longueur de la matrice de 5 centimètres sur la lèvre antérieure et de 4 sur la postérieure. Mais le prolapsus ne s'en reproduisit pas moins, et le 15 juillet, M. Faucon pratiquait le cloisonnement du vagin par le procédé de M. Le Fort. Avant que les fils métalliques ne fussent tombés, la malade, fatiguée des observations qu'elle s'attirait par sa remarquable indocilité, quitta l'hôpital où elle rentra vers la fin du mois d'août. Il existait à cette époque un petit pont cicatriciel entre les deux parois, qui avait maintenu jusque là les parties en places, quand, quelques jours après, la malade ayant fait un violent effort, tout se rompit; les parties firent issue au dehors comme précédemment.

M. Eustache prit le service sur ces entrefaites, et constata que cette femme avait un prolapsus complet: l'utérus, dans lequel l'hystéromètre s'enfonçait à une profondeur de 12 centimètres, pendait en entier hors de la vulve; le col était légèrement béant et ulcéré sur ses bords; on voyait, sur chacune des parois du vagin, la ligne de cicatrice de 1 centimètre de large résultant de la première opération du cloisonnement. Une seconde intervention, de même nature, fut proposée à la malade, qui l'accepta: elle fut pratiquée le 4 octobre 1880.

Avant de recourir aux modifications qu'il se proposait d'apporter au procédé de M. Le Fort, M. Eustache voulut tenter une seconde fois l'opération telle qu'elle avait été conçue et recommandée. La malade étant chloroformisée, il refit l'avivement de 1 centimètre de large depuis l'insertion du vagin sur le col jusqu'à l'entrée de la vulve, et il sutura les parois par douze fils métalliques, laissés suffisamment longs pour pendre hors de la vulve, où ils formaient deux faisceaux, l'un droit, et l'autre gauche.

Les lavages phéniqués furent pratiqués matin et soir; la malade fut sondée régulièrement trois fois par jour dans la première semaine; enfin la constipation fut obtenue à l'aide du régime et de l'administration des opiacés. Les fils inférieurs se détachèrent au dixième jour; les autres au seizième. Dès que la malade commença à se lever, le prolapsus tendait à se reproduire malgré l'existence de la cloison membraneuse qui réunissait les deux parois vaginales; quinze jours après, celle-ci avait cédé de nouveau et le prolapsus s'était reproduit comme auparavant.

La malade ayant consenti à une troisième opération de cloisonnement, celle-ci fut pratiquée le 22 novembre.

Dès que la chloroformisation fut complète, M. Eustache décrivit sur la paroi postérieure du vagin, un large quadrilatère de 6 centimètres de côté, s'étendant depuis le col jusqu'à la commissure antérieure du périnée, et il fit ainsi un avivement de 36 centimètres carrés de superficie. Cet avivement fut assez difficile, surtout au niveau de la ligne cicatricielle des deux premières opérations; l'hémorrhagie fut abondante, et on dut même pratiquer deux ligatures au catgut fin (N° 1), dont les chefs furent coupés ras du nœud.

Passant de là à la paroi antérieure, M. Eustache pratiqua un avivement de même étendue en longueur et en largeur.

Après avoir convenablement arrêté l'hémorrhagie à l'aide d'injection d'eau froide et de tampons d'ouate imbibée d'eau de Pagliari, il procéda, au second temps, à la suture. Celle-ci fut faite à l'aide d'une aiguille de Sims, armée d'un long fil de catgut (N° 2) et montée sur une pince porte-aiguille. Deux premières sutures furent placées au niveau des parties supérieures de l'avivement, le long

du bord transversal, et passées successivement de la paroi antérieure sur la paroi postérieure. Elles furent serrées aussitôt. Puis furent successivement placées dix sutures latérales, cinq de chaque côté, et enfin deux autres sur le bord transversal inférieur : en tout quatorze sutures dont les chefs furent coupés ras. L'opération avait duré une heure quarante-cinq minutes et la chloroformisation continuée tout ce temps.

On eut recours aux mêmes soins consécutifs que précédemment : cathétérisme toutes les cinq heures ; injections phéniquées deux fois par jour, opium à l'intérieur. La fièvre fut à peu près nulle, et, sauf quelques vomissements pendant les deux premiers jours, la femme ne présenta aucun accident.

Huit jours après, on cessait le cathétérisme et les opiacés et l'on administrait 20 grammes d'huile de ricin et un lavement huileux, de façon à obtenir une selle facile.

La malade fut tenue au lit jusqu'au 6 décembre ; à partir de ce jour, elle commença à se lever et reprit peu à peu son genre de vie habituel, balayant la salle, faisant les lits.., etc.

Le vingtième jour, elle fut examinée et l'on put constater que rien n'apparaissait à la vulve ; lors des secousses de toux, la vulve se soulève et s'entr'ouvre légèrement, mais rien ne fait saillie au dehors ; si l'on écarte les lèvres et qu'on attire à soi la partie inférieure du vagin, on peut voir, au moment des efforts, la cloison qui relie ensemble les deux parois antérieure et postérieure ; elle est falciforme, d'une épaisseur transversale d'un centimètre et d'aspect blanc-nacre. En introduisant deux doigts dans le vagin, l'un à droite et l'autre à gauche, on note d'abord que ces vagins latéraux sont étroits, resserrés ; les doigts sont séparés l'un de l'autre par une cloison très résistante d'une épaisseur d'un centimètre au moins sur les endroits les moins résistants, plus considérable vers ses extrémités.

Cette cloison mesure une hauteur de 5 centimètres depuis le col de l'utérus jusqu'à l'entrée du vagin, où elle ne descend, toutefois, qu'à 1 centimètre 1/2 du tubercule. Son rebord supérieur est très nettement falciforme et séparé du col même de l'utérus, que le doigt peut refouler légèrement, de façon à aller à la rencontre du doigt situé de l'autre côté.

Cet examen a été fait à plusieurs reprises et nous a toujours donné les mêmes résultats, et la malade n'a jamais accusé ni douleur, ni gêne : elle sortit, le 5 janvier 1881, de l'hôpital, et reprit, sans inconvénient, son métier de fileuse.

En janvier 1883, la guérison se maintient aussi complètement qu'au moment de la sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XI.

*Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin.
Guérison.*

Ernestine Van..., âgée de 42 ans, avait eu 9 enfants et était atteinte de prolapsus complet de l'utérus, depuis plus de dix ans. Sa matrice mesurait 11 centimètres 1/2. Les règles venaient régulièrement, mais avec une abondance considérable : les lèvres du col étaient ulcérées et fongueuses.

Le 1^{er} décembre 1880, quatre jours après la cessation des menstrues, M. Eustache procéda au cloisonnement du vagin. — Un avivement de 6 centimètres de long sur 5 de large fut pratiqué sur chacune des parois vaginales ; puis douze points de suture au catgut furent successivement placés, deux en haut, huit sur les côtés et deux en bas. L'opération, faite pendant le sommeil chloroformique, n'avait duré que 55 minutes.

Les suites furent des plus simples : le soir et le lendemain, 100 pulsations, 39° de température et quelques vomissements. Le cathétérisme et la constipation furent maintenus jusqu'au huitième jour, et la malade tenue au lit jusqu'au dix-huitième ; les injections phéniquées matin et soir furent soigneusement faites pendant tout ce temps.

Le 18, la malade fut examinée et l'on constata l'existence d'une cloison épaisse et résistante qui ne cédait pas sous la pression du doigt. Les règles survinrent le lendemain, en avance de cinq jours ; elles furent d'une abondance moyenne. Pendant tout le temps de leur durée, les injections vaginales n'en furent pas moins faites avec soin.

Le 25, l'écoulement sanguin ayant cessé, la femme se leva et, dix jours après, elle avait repris ses occupations de marchande à la halle, qu'elle continue depuis.

Cette femme a été revue plusieurs fois depuis, et la guérison persiste, malgré des rapprochements sexuels qui se font sans inconvénient et très probablement par le vagin gauche qui est plus dilaté que le droit.

OBSERVATION XII.

Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin. — Guérison. — (Résumée).

Dans cette observation, il s'agit d'une femme de 57 ans, ayant eu 15 enfants et atteinte depuis 14 ans d'un prolapsus complet avec cystocèle et rectocèle. Vu l'impossibilité de maintenir le prolapsus avec les divers pessaires de Hodge, de Gariel, etc., M. Eustache proposa le cloisonnement du vagin, ce qui fut accepté.

Pratiqué le 15 mars 1881, de la même façon que dans l'observation précédente, c'est-à-dire en donnant aux deux avivements une très grande étendue et en employant pour les sutures du catgut phéniqué : l'opération se fit sans particularités.

Le traitement consécutif fut le même que dans les observations X et XI.

Le 30 mars, la malade allant très bien et commençant à se lever, on procède à l'examen des parties. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit l'extrémité inférieure de la cloison dont les deux faces ne sont pas réunies sur une hauteur de un centimètre, mais à partir de ce point la cloison existe résistante, dure, d'une épaisseur de plus d'un centimètre, s'étendant sur toute la hauteur du vagin jusqu'au col, dont elle est séparée par un rebord falciforme très accentué. Les deux vagins latéraux sont étroits, permettant à peine l'introduction de l'index. Rien ne se déplace dans les secousses de toux.

Les jours suivants, les choses restèrent dans cet état et la malade n'accusait plus aucune sensation de ce côté.

Outre le prolapsus utérin dont il vient d'être question, la malade avait encore une tumeur du sein gauche, dure, indolore et de la grosseur d'un œuf de poule, dont elle demandait instamment d'être débarrassée. Ceste nouvelle opération fut pratiquée le 12 avril : il s'agissait d'un sarcome de la mamelle, avec altération d'un ganglion axillaire, qui fut également enlevé. A la suite de cette opération, il survint un érysipèle du tronc, puis une pleuro-pneumonie ; mais ces complications furent bénignes, et un mois après la malade était complètement guérie. Malgré ces accidents, rien ne survint du côté de l'utérus ; la cloison résista parfaitement aux secousses de toux, et quand elle quitta l'hôpital, le 1^{er} mai, tout était en état d'intégrité parfaite.

La malade, qui a repris sa profession de lessiveuse, sans éprouver le moindre inconvénient, a été revue plusieurs fois, la dernière en décembre 1882 : la guérison se maintient.

OBSERVATION XIII.

Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin. — Pleuro-pneumonie. — Mort. — Observation publiée par M. Hue, interne des hôpitaux. — Annales de Gynécologie, juillet 1882.

Bernaux, Marie, ménagère, 63 ans, entre le 2 mars 1882, dans le service du professeur Lefort, à l'Hôtel-Dieu. D'une bonne santé habituelle, cette malade a eu deux enfants, l'un à 21 ans, l'autre à 23 ans ; elle a fait, de plus, une fausse couche deux ans après. Son premier accouchement n'aurait pas été absolument exempt de difficultés, bien qu'elle ne puisse donner des renseignements exacts à ce sujet. Elle aurait eu, dit-elle, la matrice arrachée ? Cependant sa santé fut excellente jusqu'à 48 ans, et ses règles régulières jusqu'à 55 ans, âge auquel elle eut normalement la ménopause. C'est vers 48 ans qu'elle s'aperçut qu'une tumeur lui sortait peu à peu par la

vulve, au point de la gêner dans la marche. Un médecin consulté réduisit cette tumeur et maintint la réduction à l'aide d'un pessaire, grâce auquel la malade put continuer à vivre comme par le passé.

Les quintes de toux auxquelles elle est sujette, étant depuis longtemps atteinte d'un catarrhe bronchique, les efforts, la station debout et la marche, déterminent la production du prolapsus dès qu'elle enlève son pessaire pour une cause quelconque. Il lui est ordinairement facile de le rentrer; cependant, dix jours avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'une grande fatigue, elle n'a pu, comme d'habitude, venir à bout de replacer son pessaire, et depuis la matrice est restée sortie, rendant la marche très difficile et déterminant des douleurs dans les reins et des tiraillements dans l'abdomen.

A son entrée dans la salle, nous constatons, à la vulve, l'existence d'une tumeur d'un volume un peu supérieur à celui d'un œuf, de forme conique, à sommet inférieur et libre, à base enclavée entre les petites lèvres, de couleur rouge ou rosée, donnant au doigt une sensation de mollesse particulière et manifestement terminée par le col utérin. Celui-ci est peu augmenté de volume; à son extrémité, se trouve l'ouverture du museau de tanche, transversale, pouvant admettre la dernière phalange du petit doigt. En avant et en arrière, la muqueuse vaginale est plissée transversalement; çà et là on trouve à la surface quelques plaques d'épithélium squammifié. Le doigt délimite facilement un sillon circulaire légèrement interrompu seulement en arrière par une petite bride vers la fourchette, sillon qui circonscrit la tumeur dans l'intérieur du vagin. — Les culs-de-sac sont notablement diminués de profondeur et n'ont plus guère qu'un centimètre en avant et deux en arrière.

L'hystéromètre, introduit sans peine dans la cavité de l'utérus, s'enfonce jusqu'à 9 centimètres $1/2$, ce qui éloigne immédiatement toute idée d'allongement hypertrophique du col, du moins d'allongement suffisant pour constituer toute l'affection. Au reste, l'utérus peut être réduit et le vagin récupère une longueur normale. Par le toucher rectal, on arrive sur le fond de l'utérus qui semble en légère rétroversion; nous verrons plus tard que ce que nous avons pris pour le corps de l'utérus, légèrement dévié, était une petite tumeur fibreuse située à sa partie supérieure et postérieure.

L'état général de la malade est satisfaisant, en dehors de sa bronchite chronique, qui la fatigue beaucoup, dit-elle.

Le 8 mars, à sa clinique, M. le professeur Le Fort procède à l'opération du cloisonnement du vagin. La malade est anesthésiée par le chloroforme et placée à l'extrémité de la table à opérations, de telle sorte que le siège porte à faux. Les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur l'abdomen sont maintenues en position par deux aides, tandis qu'un troisième, au moyen d'une pince à érigne immobilise la tumeur en dehors de la vulve, en opérant une légère traction.

La tumeur étant relevée vers le pubis, montre d'abord bien en lumière à l'opérateur la paroi postérieure du vagin. Sur cette paroi, au niveau de la ligne médiane, on délimite, au moyen d'un bistouri fin, un rectangle allongé dans le sens du vagin, commençant à un centimètre et demi du museau de tanche pour aboutir, après un trajet de 6 centimètres environ, aux abords de la fourchette. La largeur de ce rectangle est de 1 cent. 1/2 et l'incision qui le circonscrit arrive à peine à la face profonde de la muqueuse, qui est soigneusement disséquée dans toute son aire. Il en résulte un avivement rectangulaire allongé, d'où l'expression d'avivement linéaire, qui ne dépasse pas l'épaisseur de la muqueuse et a pu être fait, par conséquent, sans aucune lésion des tissus sous jacents.

La même opération est répétée sur la face supérieure de la tumeur, c'est-à-dire sur la paroi antérieure du vagin, dans des conditions identiques. L'écoulement de sang est insignifiant et dans tous les cas ne peut gêner l'opérateur qui a eu soin de pratiquer l'avivement inférieur le premier. Il en résulte la formation de deux rectangles cruentés, l'un sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin, commençant tous les deux à un centimètre et demi du museau de tanche et dans les meilleures conditions pour être accolés l'un à l'autre.

L'accollement est facilement obtenu au moyen des sutures en fil de soie disposées par paire sur les bords de l'avivement et espacées d'un peu moins d'un centimètre l'un de l'autre. Une autre suture à chacun des angles et aux deux extrémités des rectangles assure un affrontement parfait.... Une compresse imbibée d'alcool camphré

est maintenue en bouchon à l'orifice vulvaire au moyen d'un bandage en T, afin d'amortir autant que possible l'effet des secousses de toux, qui ne peuvent qu'être préjudiciables à une prompte et complète réunion, et la malade est reportée dans son lit.

9 mars. — Le lendemain de l'opération, la fièvre est peu vive et la température ne dépasse pas 38°,4. La miction est facile et spontanée.

10 mars. — La malade se plaint d'une oppression croissante, elle tousse plus encore que d'habitude et expectore des crachats muco-purulents abondants. La percussion n'accuse rien d'anormal; l'auscultation fait entendre en arrière, dans toute l'étendue du thorax, des frottements pleuraux et des râles sibilants et ronflants nombreux; au sommet gauche, dans un point très limité, on perçoit des signes cavitaires, qui font croire à une petite dilatation bronchique. Les râles sibilants et ronflants se trouvent en avant. L'expiration est prolongée. La température monte le soir à 40°,6.

Malgré une médication appropriée, l'état général reste stationnaire les jours suivants. La toux est toujours violente; les signes stéthoscopiques marqués, le sommeil rare, l'appétit presque nul, seule la température baisse et revient à 37°,6, pour remonter jusque vers 39° dans ses exacerbations vespérales. Le pouls reste vers 90°. Il ne se produit pas d'écoulement notable par le vagin et la tumeur n'a aucune tendance à se reproduire, malgré la toux.

Le 20 mars. — La température est remontée hier soir vers 40°. Les signes stéthoscopiques sont plus marqués: il existe, aux deux bases en arrière et surtout à gauche, de l'induration du poumon, se traduisant par de la submatité, une légère augmentation des vibrations et des râles sous-crépitants; les bruits du cœur sont transmis avec force en arrière.

La malade a la face asphyxique, la langue sèche et ne se plaint que de sa dyspnée. Rien du côté du ventre. Pas de frissons. Pas de diarrhée. Le soir, la température monte à 40°,5 et le pouls à 120 pulsations. On administre de l'alcool en même temps qu'on recommande à la malade de changer fréquemment de position dans son lit.

Le 21. — Délire bruyant pendant la nuit. La température est

tombée à 39°,6, la malade est très affaiblie, l'état général est grave ; les symptômes locaux sont toujours les mêmes. Potion de Todd et ext. qq.

Le 22. — Un peu de soulagement ; la toux et la dyspnée semble avoir diminué. La température est tombée à 38°,8, et le pouls à 112 ; l'appétit est nul, la malade ne prend qu'un peu de lait et de bouillon depuis trois jours ; l'affaiblissement est très prononcé.

Du côté de la vulve, on n'aperçoit aucune trace de prolapsus, malgré les efforts de toux répétés auxquels la malade est en proie ; de plus, la suppuration, si elle existe, est assez insignifiante pour passer inaperçue. Il n'existe aucune douleur dans cette région ; seule, la fosse iliaque gauche est légèrement douloureuse, ce qui paraît tenir à ce que la malade n'a pas été à la selle depuis quelques jours. — Un lavement provoque une selle abondante le soir ; la température tombe à 38°. Néanmoins, l'état général est toujours grave. — Potion cordiale et ext de qq.

Le 23. — Délire continu et bruyant pendant la nuit. Au matin, pendant la visite, nous trouvons la malade à l'agonie ; elle meurt à dix heures du matin, quinze jours juste après l'opération.

Autopsie vingt-cinq heures après la mort. Cadavre émacié.

THORAX. — Traces nombreuses de pleurésies anciennes. Des adhérences multiples fixent en arrière et sur les côtés les poumons aux parois thoraciques. Elle sont plus marquées et plus résistantes aux sommets, principalement à gauche. Au sommet gauche, dans le parenchyme pulmonaire, fort près de la superficie, existe une cavité de la capacité d'une grosse noisette tomenteuse et communiquant avec une bronche. Du tissu scléreux l'entoure dans une zone assez restreinte ; elle offre d'autant plus les caractères d'une dilatation bronchique, qu'il n'y a aucune trace de tubercule à aucun degré dans le reste des poumons.

Dans les bronches, on retrouve des lésions bien marquées de bronchite chronique. Le tissu pulmonaire laisse écouler, à la coupe, de l'écume sanguinolente ; les deux poumons, à leur base et en arrière, sont le siège d'une congestion hypostatique intense qui va, pour une partie du lobe inférieur gauche jusqu'à l'hépatisation rouge.

CŒUR. — Quelques traces d'athérome sur le bord libre et supérieur de la valvule mitrale; quelques plaques du même genre à la naissance de l'aorte.

ABDOMEN. — Les viscères de l'abdomen sont normaux. Nulle part on ne trouve la moindre trace de péritonite; les organes du petit bassin ne présentent aucune altération inflammatoire et sont parfaitement libres. Les trompes et les ovaires sont normaux; seul, l'utérus est déformé par une tumeur fibreuse sous-péritonéale, du volume d'une grosse noix qui proémine vers son angle supérieur gauche et l'allonge de ce côté.

Afin d'examiner facilement les résultats de l'opération, on enlève en masse tous les organes du petit bassin avec le plancher péritonéal, puis le vagin est fendu longitudinalement sur la paroi latérale gauche. On constate alors que le col de l'utérus est parfaitement maintenu en place et repose sur un faisceau de tractus fibreux cicatriciels et de formation récente, de 2 à 3 millimètres de longueur reliant l'une à l'autre les parois vaginales au sommet de l'avivement. La réunion des surfaces avivées s'est parfaitement effectuée dans le tiers supérieur du vagin. Dans les $\frac{2}{3}$ inférieurs, c'est-à-dire dans une étendue de 4 centimètres $\frac{1}{2}$ environ, la réunion n'a pas eu lieu; chaque surface est brunâtre, tomenteuse, sans aucun aspect de cicatrisation. Les anses des fils destinés à les mettre en rapport sont restées adhérentes irrégulièrement à la paroi antérieure ou à la postérieure, mais surtout à cette dernière.

Quant aux adhérences qui se sont faites dans le $\frac{1}{2}$ supérieur du vagin, elles sont déjà assez solides pour empêcher l'écartement des parois, quand on soulève la pièce par un des coins; elles étaient assez fortes, en tous cas, pour empêcher déjà la reproduction du prolapsus du vivant de la malade, pendant les quintes de toux aussi violentes que répétées.

CONCLUSIONS.

Nous résumerons les principales idées de ce travail dans les conclusions suivantes :

1° Les diverses opérations antérieurement proposées pour remédier au prolapsus complet de l'utérus sont difficiles à exécuter, inefficaces ou même dangereuses, ou bien elles présentent, dans leurs conséquences, de graves inconvénients ;

2° L'opération proposée par M. le professeur Léon Le Fort, et qui consiste dans le cloisonnement antéro-postérieur du vagin, est la seule qui soit à la fois facile à exécuter, efficace, sans danger et sans inconvénients sérieux dans ses conséquences ;

3° Telle qu'elle a été imaginée et exécutée pour la première fois par M. Le Fort, elle donne de très bons résultats ;

4° Pourtant, diverses modifications proposées au procédé primitif méritent d'être adoptées, c'est :

a) La substitution, au fil d'argent, du fil de soie ou du fil de catgut dans l'établissement des sutures ;

b) L'élargissement des surfaces d'avivement chez les personnes dont le conduit vagino-utérin n'a plus de fonction à remplir ;

5° Le cloisonnement du vagin sera avantageusement précédé, dans le cas d'hypertrophie ancienne et considérable du col, par l'amputation de cet organe ;

6° Diverses précautions sont à prendre pour assurer

la réussite de l'opération : la principale est peut-être de maintenir les opérées au repos au lit pendant quelque temps après l'opération ;

7° Le cloisonnement est indiqué dans tous les cas où le prolapsus de l'utérus ne peut être maintenu par les moyens ordinaires ; il est contre-indiqué : 1° momentanément chez les femmes encore susceptibles de devenir mère ou atteintes de quelque affection qui puisse compromettre le succès de l'opération ; 2° définitivement chez les femmes qui, en raison de quelque maladie générale ou de quelque état constitutionnel grave, ne peuvent, sans danger, subir une intervention chirurgicale quelconque.

Le Président de la Thèse,
Léon LE FORT.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
GRÉARD.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

Anatomie et Histologie. — Structure et développement des os.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Des leviers.

Chimie. — Des oxydes d'étain et de bismuth.

Histoire naturelle. — Étude comparée du sang, de l'urine et de la bile dans la série animale.

Pathologie externe. — Du glaucome.

Pathologie interne. — Complication de la rougeole.

Pathologie générale. — Des constitutions médicales.

Anatomie pathologique. — Des kystes.

Médecine opératoire. — Des procédés de réduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — De la glycérine considérée comme dissolvant.

Thérapeutique. — De la médication vomitive.

Hygiène. — Des marais.

Médecine légale. — De l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Accouchements. — Du bassin à l'état osseux.

